M

8933

ACCESSION NUMBER
30 7A-61
PRESS MARK

22101581212

CURE RADICALE

DES HERNIES

H. 3599

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

Chirurgie antiseptique. Principes, modes d'application et résultats du pansement de Lister. 1880. 2e édition. In-12 de 300 pages. Prix..... 5 fr.

Lymphatiques utérins et Lymphangite utérine. Du rôle que joue la lymphangite dans les complications puerpérales et les maladies utérines. 1870. In-8 de 80 pages avec trois planches. Prix..... 2 50

Les lymphatiques utérins et leur rôle dans la pathologie utérine. 1875. In-8 de 40 pages. Prix..... 1 50

De la fièvre traumatique. 1872. In-8 de 180 pages avec 21 figures. Prix..... 3 50

Étude historique et clinique sur la trépanation du crâne. La trépanation guidée par les localisations cérébrales. In-8 de 150 pages avec 14 figures. Prix..... 3 50

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques. Un cahier mensuel de 48 pages. 57e année.

Prix annuel : France..... 10 fr.
— Étranger..... 12 »

Dictionnaire des Praticiens. Analyse complète et alphabétique de tous les articles contenus dans les quarante premières années du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, avec formulaire.

Première série, 1830 à 1850, par le Dr Lucas Championnière père. 2e édition, 1 vol. de 730 pages à deux colonnes. Prix..... 12 fr.

Deuxième série, 1850 à 1870, 1 vol. de 650 pages à 2 colonnes. Prix..... 13 fr.

Bourloton. — Imprimeries réunies, B, rue Mignon, 2.

CURE RADICALE

DES HERNIES

PAR

LE Dr JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TENON
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

AVEC 13 FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE

PARIS
ADRIEN DELAHAYE ET ÉMILE LECROSNIER, ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
1887

Tous droits réservés.

HERNIA, Treatment: 19 cent.

14808978

Gm 3597

WELLCOME HISTORICAL MEDICAL LIBRARY

307461

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. ~~wellMOmec~~
Call No. Gen. Coll.
M
8733

AVANT-PROPOS

L'opération de la cure radicale de la hernie, c'est à-dire, l'opération destinée à faire disparaître, par des procédés sanglants une hernie non étranglée, est encore fort mal vue chez nous, bien qu'il y ait de grands progrès accomplis depuis le moment où, le premier à Paris, j'ai repris cette opération, et où, la pratiquant avec la méthode antiseptique, j'ai tenté de la réhabiliter.

Après avoir importé en France la méthode antiseptique, j'estimais que certaines opérations jusque-là réputées dangereuses bénéficieraient immédiatement de la sécurité nouvelle et la cure radicale était au premier rang de celles-ci.

En principe, un petit nombre de chirurgiens acceptent la cure radicale aujourd'hui ; quelques-uns l'ont pratiquée. Mais les cas sont rares, peu anciens, insuffisamment démonstratifs. On fait une confusion regrettable des cas d'étranglement, ce qui augmente sans doute le chiffre des résultats, mais enlève beaucoup de valeur à la démonstration ; et le public médical reste tout à fait hésitant sur les conclusions à tirer.

J'ai tardé à publier complètement mes résultats et mes conclusions jusqu'au jour où un nombre respectable de faits m'aurait permis des convictions personnelles, jusqu'au jour où je pourrais faire connaître tout un groupe de cas d'opérations faites sur des sujets qui présentaient des hernies sans étranglement. Il me fallait aussi des cas très anciens pour qu'ils fussent démonstratifs. Quelques cas datent aujourd'hui de plus de cinq années. Des cas très récents n'ont pas encore pu trouver place dans les tableaux. J'ai ainsi l'avantage de pouvoir présenter ces faits sans être obligé de les faire précéder d'un historique et d'une critique considérable, de m'appuyer sur les anciens ou sur les modernes ; je dirai seulement, chemin faisant, pourquoi je suis plus disposé à cette opération que bien des chirurgiens, pourquoi je crois avoir obtenu de meilleurs succès que plusieurs de nos collègues français et

étrangers, même très partisans de la cure radicale.

Si je n'ai fait aucune citation, aucune allusion à des opérations récentes, c'est que ce livre est destiné surtout à l'exposé de ma technique personnelle.

Je crois avoir déterminé les conditions nécessaires à une opération complète, efficace, présentant une véritable sécurité pour le patient. Je ne veux pas dire que cette opération soit neuve en tous points ; cependant elle diffère des opérations proposées par des détails d'importance capitale.

J'ai insisté sur ces détails avec une minutie que ceux qui ne sont pas familiers avec ces opérations trouveront exagérée ; mais selon moi, tout l'avenir est là ; et je suis convaincu, quelque soin que j'aie pris à la décrire, que je n'aurai pas donné l'idée complète que peut donner la vue d'une séance opératoire.

La cure radicale, telle que je la conçois, doit être une opération difficile : ou bien, elle sera de peu de valeur. Il ne faut pas qu'elle soit pratiquée à la légère sous peine d'être bien vite déconsidérée.

Si l'extirpation du sac est le fond de l'opération que je préconise, elle est faite dans des conditions assez différentes de tout ce qui a précédé la méthode antiseptique et de ce que pratiquent bien des chirurgiens aujourd'hui.

Ces conditions assurées, l'avenir de la cure radicale est assuré, et ce ne sera pas un des moindres progrès de la chirurgie antiseptique à notre époque d'avoir permis, pour beaucoup d'individus, la guérison définitive d'une infirmité plus grave, plus cruelle qu'on ne veut bien l'avouer en général.

DE LA CURE RADICALE

DES HERNIES

CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ DE LA QUESTION. — LA CURE RADICALE MÉRITE D'ÊTRE FAITE. — OBJECTIONS

Depuis une époque reculée les hernieux ont attiré la sollicitude des chirurgiens ; des opérations nombreuses ont été proposées et pratiquées pour les délivrer de leur infirmité. L'imperfection des procédés d'une part, les progrès de la mécanique d'une autre part, les avaient fait singulièrement délaisser. Puis, dans le découragement de mauvaises méthodes, on en est venu à persuader aux patients que tout était pour le mieux et que munis d'un bandage ils se trouvaient en situation satisfaisante.

Cependant, quelle est la situation du hernieux qui porte un bandage? très variable sans doute.

Il y a des hernies qui sortent peu, chez des individus faisant des efforts médiocres. Pour eux, le bandage est une ceinture qu'ils mettent le matin au lever, qu'ils quittent en prenant la position horizontale le soir. En définitive, ce n'est là qu'une pièce de toilette qu'ils peuvent à la rigueur dissimuler, qui les protège et leur rappelle que certains excès musculaires leur sont interdits.

Mais ces heureux sont de beaucoup les plus rares. Peut-être ne forment-ils pas le quart des porte-bandage. Parmi les autres, beaucoup souffrent plus ou moins constamment; le bandage maintient mal la hernie. — Il a besoin d'être très puissant? alors il est douloureux. — Est-il moins serré? il devient inutile et peut être dangereux, car la hernie sort. Tel, avec un bandage même bien fait, ne peut s'asseoir sur un siège un peu bas, ne peut aller à la selle sans que sa hernie s'échappe. Souvent la pression de la main doit s'ajouter à celle du bandage pour tout effort. Tel autre souffre constamment; des ulcérations se forment sur la peau, des accumulations épidermiques sentent mauvais et irritent.

Et cette misère, ce supplice du bandage insuffisant dure toute la vie.

Que dire donc des hernies qui ne *se réduisent jamais complètement*, avec lesquelles l'individu n'a jamais le pouvoir de faire un effort vigoureux, et se trouve toujours sous le coup d'accidents d'étranglement?

Croit-on que tous ces incidents soient indolores? Ne sait-on pas que ce passage et repassage de la masse intestinale dans le sac herniaire est habituellement accompagné de coliques plus ou moins violentes? La vie d'un hernieux en

puissance d'un sac herniaire béant est constamment douloureuse.

Je ne parle qu'en dernier lieu des complications graves que comporte toute hernie dont le collet péritonéal est constitué, accidents dont le plus grand nombre est conjuré par les réductions heureuses, mais qui laissent toujours suspendu au-dessus de votre tête un danger plus ou moins formidable selon les circonstances et le lieu où sera survenu l'étranglement.

Le hernieux dans ces conditions est un malheureux d'une espèce particulière. Il lui est défendu, sous peine de mort, de faire un effort violent, de prendre un gros rhume loin d'un centre où il pourra rencontrer un chirurgien, et encore ne serait-il pas mauvais qu'il pût savoir quel chirurgien l'opérera.

Ce tableau n'est pas poussé au noir : il n'y a pas jusqu'aux statisticiens qui, par des chiffres éloquents, n'aient démontré à combien de dangers la vie du hernieux est exposée.

La cure radicale de cette infirmité étant possible, il a fallu des motifs bien puissants pour en détourner la chirurgie.

Les causes de cette proscription sont multiples. Il y avait autrefois des dangers graves inhérents à l'opération. Aujourd'hui le souvenir de ces dangers pèse encore sur les déterminations du malade et du médecin. Nous avouons du reste que cette opinion serait parfaitement justifiée pour toute opération pratiquée en dehors de la chirurgie antiseptique.

Mais il y a une raison plus grave encore; on ne croit pas

à l'efficacité de la cure radicale. Cela tient d'une part à ce que le champ des opérations de cure radicale est encombré d'une foule d'opérations médiocres donnant de piètres résultats.

Puis on s'est montré beaucoup trop exigeant pour la cure radicale, et je ne saurais admettre la définition qu'en a donné mon collègue et ami Jacques Reverdin dans une excellente étude critique de la *Revue médicale de la Suisse romande* (15 mars 1881) : « Il s'agit de réduire dans l'abdomen et d'y maintenir définitivement les parties herniées sans autre secours que les modifications apportées dans les tissus par le fait de l'opération ; un hernieux guéri radicalement devrait n'avoir plus besoin de bandage. »

Ceci serait vrai, si on pouvait faire de la chirurgie idéale, si le patient n'était habituellement un être défectueux qui ne deviendra jamais par le fait de l'opération un Apollon du Belvédère. Mais la situation n'est pas du tout celle-là, et le problème à résoudre ne saurait être déterminé aussi ambitieusement. On n'estime pas qu'une opération de bec-de-lièvre est défectueuse parce qu'il reste une cicatrice et parce que l'opéré n'est pas aussi joli garçon que son voisin. Il y a des opérés qui peuvent arriver à ne pas porter de bandages ; mais même ceux qui devraient porter un bandage toute la vie seraient très heureux de n'être exposés à aucun des accidents de la hernie. Ils sont soulagés et ils ne courent plus de danger. Est-ce que cela ne mérite pas le nom de cure radicale, parce qu'il leur faudra prendre certaines précautions pour assurer le maintien du résultat obtenu ?

Je montrerai même qu'on peut aller plus loin, que l'on

peut tirer bénéfice même d'une opération qui a échoué. Dans le seul cas où l'opération que je conseille n'était pas praticable et où la hernie revint (Obs. III), la malade était fort soulagée, ayant une hernie réductible au lieu d'une hernie irréductible.

Cette querelle de mots est vidée, la cure radicale mérite ce nom et elle est obtenue couramment.

Pour ceux que les bonnes raisons en faveur de la cure radicale auront convaincus, il y a encore une considération qui peut les détourner de ces opérations. Les opérations rapides, superficielles, ne donnent que des résultats imparfaits. Pour être efficace l'opération doit être minutieuse, longue. Elle ne sera couramment pratiquée que par ceux qui sont familiers avec la chirurgie abdominale. Comme dans l'ovariotomie, l'hystérectomie, la néphrectomie, etc., il se peut qu'un chirurgien inaccoutumé ait quelques résultats heureux dans des cas très favorables. Mais pour aborder cette chirurgie régulièrement, avec des résultats assurés, il faut avoir le lieu, le matériel, les aides. Le seul détail de fils mal préparés peut convertir une opération bénigne en une calamité et le moindre accident de ces insuffisances serait l'insuccès.

Je puis même ajouter à ces considérations une histoire très démonstrative. Ma *dixième opération* faite chez un individu dont la hernie était de médiocre volume et ne remontait pas, selon lui, à plus de deux ans de date, a présenté d'extrêmes difficultés; je puis affirmer que si j'avais trouvé de semblables difficultés au début j'aurais été découragé, j'aurais renoncé. Mais l'expérience aidant ma conviction profonde, j'ai poursuivi l'opération et j'ai ob-

tenu un excellent résultat. Il en sera donc de cette opération comme d'un certain nombre de celles qu'aborde la chirurgie moderne; elle ne donnera ses résultats parfaits que dans certaines conditions.

Ce n'est peut-être pas, comme le disait un jour un maître éminent, de la chirurgie pour tout le monde, mais ce n'est pas une raison pour ne pas la faire. J'ai cherché à établir quelles étaient les conditions dans lesquelles elle doit être faite, et, dans ces conditions, j'affirme que la cure radicale est une excellente opération qui doit donner de beaux succès comme elle me les a donnés. Elle rendra l'existence supportable à beaucoup de malheureux. La chirurgie se perfectionnant chaque jour, plus nous irons, plus ses indications se multiplieront. On verra toutefois dans le chapitre spécial consacré aux indications que dès à présent les cas où elle est applicable sont fort nombreux.

CHAPITRE II

LES DANGERS DE LA CURE RADICALE. — ILS N'EXISTENT PAS RÉELLEMENT. — ASEPTICITÉ DES PLAIES CONDITION PREMIÈRE DE LA SÉCURITÉ DES OPÉRATIONS.

Les progrès dus à la chirurgie antiseptique ont amené deux résultats bien distincts : d'une part la chirurgie générale, portant sur les cas communs habituels aux chirurgiens, a vu la mortalité et la gravité des traumatismes infiniment modifiées, même pour ceux qui n'ont suivi qu'imparfaitement les nouvelles méthodes; d'autre part, de nouvelles opérations sont nées, des régions dangereuses ont été abordées, et des procédés opératoires ont été adoptés que l'on aurait pu taxer auparavant d'une impardonnable témérité. Mais cette part nouvelle de la chirurgie ne nous paraît devoir être abordée que par les fidèles de la méthode antiseptique. Ici la sécurité est seulement pour un petit nombre de chirurgiens inébranlables dans leur foi, et c'est pour eux seulement que nous écrivons. La cure radicale des hernies appartient aux opérations qui ne permettent pas de tran-

saction. Pour amputer un membre ou un sein, avec quelques précautions antiseptiques générales, on réduit singulièrement les chances de mort. S'il survient un peu de désunion, un peu de suppuration, c'est une peine sérieuse pour le patient, mais les conséquences ne seront pas capitales. Il finira par guérir sans les immunités auxquelles il avait droit; mais il guérira, et son chirurgien présentera une statistique définitive qui ne rendra compte d'aucune de ces péripéties. Mais, si on ouvre le péritoine, les jointures par exemple, il ne faut plus de suppuration; l'accident, c'est la vie mise en jeu; la moindre conséquence, c'est une infirmité grave. Ici donc, point d'ambages : une opération bénigne quand elle est aseptique deviendrait une calamité dans les conditions opposées.

Aussi, abordant cette question de la cure radicale de la hernie devant le dernier congrès de chirurgie, ai-je dit avec insistance : « Toutes ces considérations ne sont que pour le chirurgien ferme dans la doctrine et dans la pratique, et même pour celui-ci, si le matériel était suspect, il devrait s'abstenir. »

Un patient auquel nous faisons la cure radicale court-il quelques dangers? Il serait bien présomptueux d'affirmer qu'il n'en court aucun. Il n'y a guère d'opération si bénigne qu'elle soit qui permette une semblable affirmation. Mais cependant, si nous nous sommes entourés des précautions d'usage, en n'opérant ni un diabétique vrai, ni un albuminurique, ni un vieillard, les dangers sont si faibles que nous ne savons trop comment on peut les mesurer.

Déjà pour les hernies étranglées on arrive à des résultats extraordinaires par opposition à ce que l'on observait au-

trefois. C'est une opération qui n'a de gravité que du fait des altérations acquises par l'anse intestinale ou de la dépression qui résulte d'une longue période d'étranglement.

Mais dans les cas de mort l'autopsie ne nous montre plus jamais la péritonite qui emportait les opérés autrefois et qui était bien réellement le fait de l'opération et surtout du chirurgien.

La hernie ombilicale était la terreur du chirurgien, terreur telle que d'éminents observateurs avaient conclu qu'il valait mieux laisser une hernie ombilicale étranglée aux hasards de la cure spontanée par gangrène que de l'opérer. Dionis avait déjà exprimé pittoresquement cette crainte de l'étranglement en disant que l'individu atteint de hernie ombilicale devait se passer de chemise plutôt que de bandage. Aujourd'hui les dangers pour cette hernie ne diffèrent pas sensiblement de ce qu'ils sont dans les autres hernies étranglées. L'année dernière (1885), à l'hôpital Tenon, deux opérations ont été faites; l'une par moi a guéri en deux pansements, sans incidents, l'autre opérée par mon collègue me remplaçant, M. Prengrueber, et pansée par mes internes, a guéri très facilement.

Mais si le péritoine irrité déjà par l'étranglement est si peu impressionnable, celui qui est sain le sera bien moins encore. Le nombre énorme des laparotomies exploratrices faites sans accidents est là pour le démontrer. Dans toutes les opérations au voisinage du péritoine personne de nous n'estime aujourd'hui que l'ouverture du péritoine augmente beaucoup les dangers de l'opération.

Ainsi tout nous dit que la cure radicale de la hernie doit être une opération sûre. Mais nous tenons une meilleure

preuve. Ce n'est pas une opération reprise d'hier; elle a été faite très heureusement à l'étranger. Puis, surtout en ce qui me concerne, j'apporte un argument plus précis encore en présentant dix cas d'opérations très laborieuses sans accidents.

Mais dira-t-on, les statistiques modernes ne sont pas si favorables que cela; on y trouve la preuve d'une mortalité encore fort importante. On peut citer la statistique très remarquable de M. Tilanus et d'autres encore.

Malgré la grande compétence de leurs auteurs, je crois ces statistiques entachées d'un vice radical.

Malgré des chiffres nombreux, elles ne démontrent rien du tout.

Si elles empruntaient uniquement leurs observations à une chirurgie antiseptique rigoureuse, elles pourraient permettre des conclusions. Mais on a réuni toutes sortes d'observations venant des pratiques les plus diverses, quelques-unes appartenant à des chirurgiens pratiquant notoirement la chirurgie septique, et quelques-autres venant de praticiens qui affichent des prétentions non justifiées à l'antisepsie. La moindre statistique individuelle a dix fois plus de valeur. Je l'ai dit en maintes circonstances à propos d'opérations sur la valeur desquelles on discute encore, l'ouverture des articulations et la trépanation par exemple.

Je vais plus loin, et je dis, en me basant sur les faits de ma pratique, non seulement la cure radicale n'est pas dangereuse pour la vie, mais elle n'expose pas du tout aux accidents locaux qu'on a signalés.

En veut-on une preuve? Il y a des chirurgiens qui pensent qu'il n'y a pas beaucoup de mortalité, mais qui admettent

la possibilité d'accidents graves, fusées purulentes, gangrènes du scrotum, etc. Qu'on ne s'y trompe pas, là où ces accidents sont observés, on a fait une antisepsie imparfaite; la gangrène et la suppuration ne sont pas le fait du traumatisme opératoire, mais appartiennent à la septicité. Dans nos opérations les plus laborieuses, nous n'avons rien vu de semblable. Même dans les cas de hernies étranglées, avec mauvaises parois, contusions énormes par le taxis, on ne les observe pas; du moment où ces sortes de complications seraient possibles, de grands accidents septiques ne seraient pas loin.

Aussi les observations que nous présentons prouvent l'innocuité de l'opération non seulement parce que les opérés ne sont pas morts, mais surtout parce qu'ils n'ont présenté aucun accident. C'est là un fait capital. Si l'on venait me dire que tous les malades ont guéri, mais que l'un a eu un abcès, l'autre un peu de gangrène, un troisième un écoulement séro-purulent persistant longtemps, je serais en défiance. Mais la réparation a toujours été pour nos opérés d'une régularité parfaite, et la seule opérée qui ait présenté quelque fièvre et des nausées nous a dit qu'elle était prise souvent de jaunisse et de vomissements. Elle guérit sans autre complication (Obs. V).

Pourquoi du reste y aurait-il des accidents et en quoi ces opérations de cure radicale différeraient-elles des autres opérations antiseptiques? On a invoqué le grand délabrement, le décollement d'un sac important entraînant des faits de gangrène sur la peau sous-jacente. Nous ne trouvons pas cela ailleurs; et, qu'une plaie d'opération ait été faite au bistouri, au ciseau ou à la rugine, elle se réunit

tout aussi bien si elle est aseptique. C'est là ce que notre pratique démontre absolument.

Peut-être pourrait-on dire que de très grands délabrements mal placés, trop rapprochés des orifices d'évacuation sont exposés à être contaminés ; que dans ces cas, l'antisepsie est difficile. C'est au chirurgien de disposer les plaies pour éviter cela, et même dans les cas de sac immense, comme dans notre observation, il peut y avoir utilité à faire l'opération en deux temps. Mais le résultat n'en est pas moins pur, quel que soit l'artifice employé.

Aussi je conclus des faits de hernie étranglée comme des faits de cure radicale proprement dite que j'ai présentés :

« La cure radicale n'est pas dangereuse et nous avons le droit d'y recourir pour remédier même à ce qui n'est que difformité. »

Si l'on n'oublie pas que les hernieux, surtout ceux qui nous occupent, ont toujours, outre leurs souffrances quotidiennes, des accidents menaçant leurs jours, accidents tels qu'on a calculé en leur faveur une léthalité énormément supérieure à celle du commun des individus, on verra que la cure radicale est vingt fois plus légitime que bien d'autres opérations pratiquées tous les jours par des chirurgiens qui contestent l'opportunité de la cure radicale.

CHAPITRE III

EFFICACITÉ DE LA CURE RADICALE

Il est de mode d'opposer une fin de non-recevoir à toute tentative faite pour la cure des hernies en disant que ce sont de leur essence des maladies incurables ; et, depuis des années, les chirurgiens ont fait valoir cet argument triomphant plutôt que d'avouer que l'insuffisance ou les dangers de leurs procédés les détournaient de ces sortes d'opérations. Cependant la curabilité de la hernie dans de certaines conditions est un fait démontré. Chez des sujets jeunes, il y a des faits incontestables de guérison même par les bandages. A plus forte raison devra-t-on admettre cette curabilité par une opération.

On peut même aller chercher des arguments très favorables à cette thèse dans des cas de kélotomie faite jusqu'en ces dernières années.

L'opération de la hernie étranglée, même dans les plus mauvaises conditions, donnait des résultats bien intéressants à examiner. Un très grand nombre d'opérés mourant, les occasions de les constater n'étaient pas très communes.

Cependant on en rencontre encore de temps en temps; quelle est leur situation?

Malgré les conditions de la kélotomie détestables pour la cure radicale, les plus heureux sont restés guéris; on en voit même qui ne portent pas de bandages. Mais ceux-là sont les plus rares. Chez le très grand nombre, la hernie a récidivé; mais alors, encore beaucoup vous disent qu'ils en sont moins gênés que par le passé. La hernie se réduit facilement, elle se maintient bien réduite; aucun accident d'ordinaire après l'opération. Les malades insistent souvent sur ce point.

Si nous passons aux opérés de hernie étranglée ayant été entre les mains de chirurgiens désireux d'obtenir la cure radicale, le tableau est plus favorable encore. Depuis 1875, j'ai constamment cherché à déterminer la cure radicale de ces opérés par la suture de l'anneau avec ou sans extirpation du sac. J'ai revu quelques-uns de ces opérés; je puis citer, par exemple, une femme atteinte de hernie crurale étranglée que j'ai opérée à Lariboisière et que j'ai revue trois ans après. J'avais extirpé le sac. Elle n'avait pas trace de récidive et ne portait pas de bandage.

J'ai revu tout récemment un homme opéré à Lariboisière qui avait un grand sac inguinal droit datant de la première enfance. L'opération date de neuf années, le sac fut partiellement extirpé. La récidive s'est faite depuis; le patient porte un bandage qui maintient fort bien sa hernie, il n'a jamais eu d'accidents désagréables de ce côté et trouve sa situation beaucoup préférable à celle qu'il avait avant son opération.

J'en ai rencontré d'autres cas et si je cite ces deux là

seulement, c'est qu'ils représentent très bien ces deux types opposés, dont le dernier a encore bénéficié de l'opération malgré la récidive.

J'attribue la fréquence relative de la cure radicale, même chez mes plus anciens opérés, à ce que j'ai de tout temps eu grand soin de scarifier le collet du sac en faisant des débridements multiples. Ceci joint à la suture de l'anneau constitue une condition favorable pour l'accollement définitif des surfaces.

Si j'ajoutais à cette indication d'opérés anciens celle d'opérés plus récents, j'arriverais sur un autre terrain, car ces derniers opérés ont été traités systématiquement pour la cure radicale de leur hernie par des opérations complètes et quelquefois un peu complexes, et j'y reviendrai plus loin. Mais je puis dire déjà que chez ces derniers la cure persistante est la règle.

En somme les faits autorisent à penser que dans le cas de hernie une opération peut apporter des modifications telles que cette hernie guérisse absolument ou que le patient soit placé dans des conditions beaucoup plus confortables. Ce qui lui reste de son infirmité est rendu très supportable, la contention est facile, l'effort musculaire est possible. Sa situation est meilleure que celle des hernieux dont nous parlions au début et chez lesquels la généralité des médecins admet qu'il est facile de pallier la difformité.

Rien que cette constatation autoriserait la tentative de la cure radicale pour obtenir ces résultats dans les hernies non étranglées.

Mais quoi qu'on en ait dit, même après des opérations

anciennes de cure radicale proprement dite, il y a eu des cas de guérison bien nets. De notre temps encore, parmi les opérateurs de l'étranger, chez lesquels l'opération a été plus en faveur que chez nous, on a cité bien des faits incontestables de succès.

Mais surtout, nous présentons des faits au lecteur. Nos opérés paraissent parfaitement guéris. Sur dix opérations, deux seulement sont récentes, et les conditions très favorables de la paroi permettent d'affirmer que le succès persistera pour ces dernières. Les opérés ont été revus après plusieurs années, cinq ans pour deux d'entre eux, sur lesquels la récidive était le plus à craindre. Le plus mauvais cas des deux, une hernie immense avec paroi déficiente, est celui d'une femme que la misère livre aux travaux les plus durs. Après un intervalle de temps aussi considérable, la paroi est aussi solide qu'au premier jour. Il n'y a aucune tendance à la récidive. Il est impossible d'observer un résultat plus parfait. Dans l'autre cas, un jeune homme qui a très mal porté son bandage et l'a même délaissé autrefois est dans les mêmes conditions qu'au début; l'opération n'a peut-être pas été aussi parfaite chez lui que je l'ai faite depuis; mais il n'a rien perdu malgré cela.

Dans les autres cas, revus au bout de six, huit mois, un an, les résultats persistent. Ce qui permet d'affirmer la valeur de ces résultats, c'est que tous présentent les mêmes conditions : une paroi fermée; une cicatrice puissante et dure au-devant de cette paroi; l'impulsion se faisant au-dessus juste au niveau où s'arrête la cicatrice. Et plus on s'éloigne de l'époque de l'opération, plus on sent que cette

cicatrice est puissante. J'insiste à dessein sur cette observation.

Pour nos opérations, un seul cas de récidive pour une petite hernie crurale irréductible; et ce cas même vient à l'appui des opinions que je professe, car l'opération que je préconise fut impossible. Chez une femme, il fut impossible d'extirper le sac. L'intestin fut rentré avec des débris du sac et la suture faite au-devant. Le résultat opératoire dura six mois et la hernie se reproduisit sous l'influence de la toux et d'une grossesse commençante. Tout cela était naturel et prévu, justement parce que la destruction de la surface péritonéale ne pouvait être conduite comme je le recommande.

En somme la lecture de ces observations montre dans un nombre respectable de faits que l'on obtient la réintégration des viscères et leur maintien absolu dans la cavité abdominale.

Même les cas les moins anciens le prouvent plus qu'on ne le croit généralement. Dans les échecs de la cure radicale, la récidive est assez rapide. Il suffit de lire la description des faits publiés, et l'on verra que pour beaucoup des meilleurs opérateurs, au bout de trois mois, la tendance à la récidive est déjà marquée.

Or je n'ai, sauf le dernier cas, aucune observation qui n'ait été suivie au moins six mois.

Mais il y a mieux : dans chacune des observations j'ai trouvé qu'à mesure que le temps passait, la situation allait s'améliorant. La hernie était sans doute bien maintenue dès le premier jour; mais par la suite la cicatrice devenait de plus en plus résistante. Le cordon fibreux sur lequel

j'insiste dans toutes les parties de ce mémoire devient de plus en plus solide, plus résistant, et la cohésion des parties au voisinage de l'anneau est de plus en plus parfaite.

J'ai souvent montré à l'hôpital les opérés et tous ces faits ne laissaient de doute pour personne, tous les caractères objectifs de la hernie étaient bien disparus. Si on interrogeait les patients sur la fonction, les réponses étaient unanimes. Avant l'opération, malaises constants ou douleurs vives, impossibilité d'un travail de force. Le n° VII (Lacaze) nous disait que depuis quatorze ans jusqu'à l'opération il n'avait pas été un jour sans souffrir.

CHAPITRE IV

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — QUELS CAS SONT PROPRES A L'OPÉRATION. — CONDITIONS DANS LESQUELLES ELLE DOIT ÊTRE FAITE ET CONDITIONS DANS LESQUELLES ELLE PEUT ÊTRE FAITE.

Quels sont les cas où l'opération est indiquée? C'est là une question capitale à laquelle les auteurs ont répondu très imparfaitement. En effet, les anciens qui ne connaissaient point le bandage ou qui n'y avaient pas confiance opéraient toutes les hernies. Ceux qui de nos jours ont admis ou proposé la cure radicale des hernies en ont volontiers généralisé l'application. Je crois qu'il faut être plus réservé, et bien que je pense que la sécurité et l'efficacité de la cure radicale s'affirmant on étendra le champ des opérations, voici les conditions qui me paraissent légitimer l'opération.

Les vieillards et les enfants (première enfance) seront ordinairement écartés. Les cachectiques (albuminuriques, diabétiques, tuberculeux avancés) seront encore laissés de côté. Enfin certains types de hernieux à parois abdominales

d'extrême faiblesse, qui ont des hernies partout, qui en portent deux ou trois, ne mériteront pas davantage une intervention.

Ces réserves faites il convient d'opérer :

1° Les hernies irréductibles ;

2° Les hernies incoercibles ;

3° Les hernies congénitales avec ectopie testiculaire ;

4 Les hernies douloureuses ;

5° Les hernieux atteints de certaines affections qui exposent aux accidents de la hernie (asthme, emphysème).

6° Certaines convenances sociales peuvent amener les gens à préférer une opération aux palliatifs habituels.

7° On opérera immédiatement les individus atteints d'accidents qui ne sont pas d'étranglement et auxquels on oppose ordinairement émollients et palliatifs.

1° *Hernie irréductible.* — Celle-ci est une source constante de dangers. Bien qu'il soit aisé de démontrer que beaucoup de hernieux porteurs d'une hernie irréductible survivent, il n'en est pas moins vrai qu'ils sont constamment exposés à des accidents.

Tout d'abord ces hernies sont presque constamment douloureuses : tiraillements, coliques, impuissance musculaire, tel est le sort des gens qui les portent.

Ceux-ci sont en outre exposés à des complications graves. Ces complications sont l'inflammation herniaire, l'engouement, l'étranglement. En dépit des distinctions classiques établies entre ces différents accidents, leur parenté est telle qu'on ne saurait les séparer, et la vie de l'individu au-dessus de la tête duquel ils sont constamment suspendus est peu enviable. Ajoutez à tout cela que, fatalement, l'âge arrivant,

les conséquences de ces complications deviennent de plus en plus graves, les altérations pulmonaires cardiaques, le diabète même léger aggravant singulièrement la kélotomie qu'ils doivent toujours être prêts à subir.

Enfin, bien que leur hernie soit irréductible, ils ont beaucoup de chances d'être affligés d'un bandage, véritable ennemi pour eux, destiné à augmenter les chances d'accidents. Ce bandage leur est conseillé souvent par le médecin ou seulement par le bandagiste; j'en ai connu dans ces conditions qui ont subi plusieurs réductions heureuses et qui sont morts à l'occasion d'un de ces accidents herniaires.

2° *Les hernies réductibles, mais incoercibles.* — Elles sont incoercibles pour des motifs différents, qui peuvent déterminer des indications différentes. La hernie peut être incoercible à cause de dimensions excessives de l'anneau et du volume de la hernie. Dans ces cas, l'opération est plus difficile, mais elle n'est point irréalisable. Nous avons deux observations très typiques à cet égard, n^{os} 2 et 6.

D'autres conditions d'incoercibilité méritent d'être mises en relief : La présence d'une certaine quantité de liquide dans le sac . Dans ces cas, même avec un anneau étroit, aucun bandage si parfait qu'il soit ne maintient. Deux de mes cas étaient particulièrement remarquables, dans l'un même, le premier, la hernie était de petit volume.

La descente d'une grande quantité d'épiploon au voisinage du sac est encore une condition redoutable d'incoercibilité. Comme le liquide, l'épiploon s'insinue sous le bandage par petites franges qui ouvrent la voie puis le reste la franchit ou demeure serré sous la pelote.

Enfin les adhérences épiploïques au voisinage de l'an-

neau sont causes fréquemment qu'une hernie parfaitement réductible en apparence résiste à tous les bandages. L'opération seule fait reconnaître cette condition que j'ai rencontrée plusieurs fois lors de kélotomie dans la hernie étranglée chez des individus qui affirmaient que leur hernie rentrait habituellement bien. Dans ces cas, en effet, lorsqu'on réduit la hernie, il semble que le sac ait été parfaitement vidé ; la portion adhérente au collet ne saurait être sentie avec le doigt. On place le bandage, et bientôt la hernie est reproduite. Il restait en effet toujours une portion d'épiploon et la réduction complète n'était qu'une illusion, il n'y avait que réduction imparfaite.

J'ai opéré de hernie inguinale gauche étranglée, au mois de décembre dernier, un vieillard de soixante-dix-neuf ans que j'avais vu deux ans auparavant. Cette disposition était fort remarquable chez lui ; on croyait lui réduire sa hernie habituellement, ce qui était impossible ; l'étranglement se fit et au cours de l'opération le détachement de l'épiploon du voisinage du collet fut très laborieux.

3° *Hernies congénitales avec ectopie testiculaire.* — Il est bien admis depuis les travaux de Godart que le testicule en ectopie n'a aucune valeur sexuelle. Par contre, il oppose un obstacle à la contention de la hernie. Le fait de sa situation anormale paraît le rendre infiniment plus sensible aux altérations pathologiques dont le testicule peut être le siège. Si on ajoute à cela que, dans ces cas, les hernies sont souvent très douloureuses, qu'elles sont souvent ou irréductibles ou incoercibles, que l'étranglement y est grave, qu'on peut y observer non seulement l'étranglement intestinal, mais l'étranglement testiculaire, on concevra aisément

que j'affirme la nécessité de la cure radicale de ces hernies, combinée avec la castration. Si le malade tenait absolument à l'apparence de son pseudo-testicule, il ne me paraîtrait pas impossible de le remplacer à l'aide d'une autoplastie ou d'une greffe; plus simplement encore il suffit de laisser dans les bourses une portion de sac herniaire qui donnera parfaitement la sensation que le testicule maigre, atrophié, pouvait donner auparavant.

4° *Les hernies douloureuses.* — Il y a des hernies douloureuses dont nous avons déjà parlé, hernies incoercibles, hernies avec ectopie testiculaire. Mais il y a aussi des hernies douloureuses sans qu'il soit possible de dire exactement pourquoi les patients ne peuvent supporter aucune pression. On invoque les névralgies abdominales, le varicocèle concomitant, chez des névropathes. Tout chirurgien a rencontré de ces patients qui se font confectionner bien des sortes de bandages, en essayent quelques-uns et n'en portent aucun.

5° *Certaines maladies* dont un hernieux est affecté peuvent encourager à lui faire subir la cure radicale : des accès d'asthme, par exemple, l'emphysème chez un jeune sujet, créent pour le hernieux une situation toute particulière. Même sans aller si loin, le seul fait de s'enrhumer facilement l'hiver donne à un porteur de hernie des périodes de toux insupportables et dangereuses. Dans ces cas et dans d'autres analogues il n'y aurait que des avantages à profiter d'une période de calme pour débarrasser le patient de sa hernie.

6° *Convenances sociales.* — Il y a un élément dont il faut tenir compte. Il y a des convenances sociales qu'il est

impossible de négliger. Il y a des gens qui exercent des métiers debout, par exemple, et chez lesquels l'existence d'une hernie même habituellement contenue peut être un véritable supplice.

Mais il y a des raisons d'ordre moral qui peuvent parfaitement justifier l'opération, les patients préférant se soustraire au supplice du bandage contentif, espérant quitter un jour le bandage de soutien, qu'ils peuvent toujours laisser de côté en bien des circonstances.

Une des raisons qui déterminèrent notre n° 1 à se faire opérer était le désir qn'il avait de se marier sans porter bandage; il a réalisé l'objet de ses vœux, a porté très irrégulièrement son bandage et est resté guéri.

J'ai été consulté par un jeune homme porteur d'une grosse hernie inguinale lui déformant étrangement les bourses. Il était décidé à se faire opérer pour se marier. Un médecin intervint, lui affirmant que la cure radicale était toujours mortelle. Il ne s'est pas fait opérer mais ne s'est pas marié non plus.

J'ai connu autrefois un jeune sportsman qui, fort habile à tous les exercices de corps, avait peu à peu renoncé à tous ses plaisirs habituels après la formation accidentelle d'une hernie. Il faisait encore du canotage et de la natation. Il eût accepté avec joie une opération qui l'eût débarrassé d'un mal qui empoisonnait sa vie, et je songe souvent aujourd'hui à ce garçon très bien musclé, ayant un canal inguinal assez étroit qui eût été un merveilleux sujet pour la cure radicale.

La hernie chez la jeune fille mériterait d'être opérée pour des raisons analogues et donnerait des résultats

d'autant meilleurs qu'en général chez elle la hernie est de petit volume et point augmentée par des efforts incessants.

Ce n'est là qu'un aperçu des raisons qui peuvent déterminer à faire cette opération, parce qu'en somme sa gravité n'est pas assez grande pour permettre de refuser une satisfaction bien légitime. On fait tous les jours des opérations de complaisance qui ne rendent pas de semblables services. Bien des circonstances pourront se présenter où elle deviendrait très justifiée.

7° *Opérations à faire chez les individus atteints d'accidents qui ne constituent pas l'étranglement.* — Il y a là une question très controversée pour laquelle j'ai pris bien nettement parti aujourd'hui. Chez un individu jeune atteint de grosse hernie, il y a des accidents d'obstruction, d'engouement comme on voudra dire, peu importe. La plupart des chirurgiens enseignent encore qu'avec des bains, des injections de morphine, de la glace, on fera rentrer la hernie. Que si l'on échoue, il sera toujours temps d'opérer pour réduire.

Je crois cette conduite peu justifiée. Plutôt que de faire courir au patient tous les risques de l'expectation, je suis d'avis d'intervenir carrément, de ne rien laisser au hasard et de profiter de la circonstance pour pratiquer une cure radicale que le patient aura reculée jusqu'à un accident grave comme on recule l'extraction d'un chicot jusqu'au retour de la douleur.

Mon observation n° IX est un très bel exemple de cette condition. Il s'agissait d'une hernie congénitale volumineuse. Le patient avait eu des vomissements bilieux, avait subi des efforts de taxis infructueux, taxis que je n'eusse

pas tenté moi-même, et garçon très intelligent du reste, il demandait qu'on fît tout le nécessaire pour le débarrasser de sa hernie. L'ouverture du sac montra une longue anse intestinale rougie, un collet qu'il suffit de dilater avec les doigts pour la réduction ; après quoi la cure radicale fut faite.

Sans doute il ne faut pas attendre l'accident pour intervenir, le cas d'un intestin et d'un sac bien sains sont plus favorables que celui d'un intestin rougi ou d'un sac meurtri. Mais si l'accident s'est produit, il est certainement moins dangereux pour le patient de se soumettre immédiatement à la cure radicale que de subir les éventualités de l'expectation, des émollients, de tous les traitements qui ont réputation de faire rentrer sans opération sanglante une grosse hernie obstruée.

CHAPITRE V

CHOIX D'UNE OPÉRATION. — MÉTHODE A SUIVRE

Bien que l'on puisse profiter d'une opération de herniotomie lors de l'étranglement pour rechercher la cure radicale ; bien que les procédés à utiliser dans ce cas soient établis sur les mêmes principes que dans le cas suivant, la cure radicale de la hernie doit s'entendre de l'opération que l'on pratique pour guérir une hernie qui n'est pas en état d'étranglement.

Quel procédé faut-il adopter pour cette cure radicale? La plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet se sont évertués à chercher un procédé unique applicable à tous les patients et tous ont proclamé l'excellence du procédé qu'ils avaient plus ou moins imaginé. Cette manière d'agir est manifestement défectueuse; qui voudra étudier attentivement les conditions de la cure radicale reconnaîtra bientôt qu'il ne saurait y avoir un procédé de cure radicale applicable à tous les cas.

Si les conditions générales de la formation des hernies

sont constantes, des différences importantes se rencontrent dans la constitution des hernies.

De là, sans doute, la multiplicité des procédés, destinés à les faire disparaître. C'est pour cette même raison que tout chirurgien qui adopte un procédé connu éprouve bien vite le besoin de le modifier.

Je ne passerai pas en revue ces nombreux procédés, ni même les principaux. C'est une œuvre de compilation qui peut avoir un intérêt historique et qui du reste a été faite dans des travaux excellents, comme la thèse d'agrégation de M. Segond.

La lecture même de ce dernier livre montrerait que je me place à un point de vue très différent de ceux qui ont travaillé antérieurement dans la même voie, puisque la méthode assez complexe que je recommande ne saurait trouver une place bien définie dans la classification fort ingénieuse que l'auteur a faite de tous les procédés connus.

Du reste, s'il n'est pas inutile de lire les travaux anciens pour y trouver des inspirations, on ne doit chercher à y trouver aucun renseignement complet. La cure radicale doit se faire sur nouveaux frais. Tous les auteurs jusqu'à la période contemporaine avaient surtout cherché à se défendre des complications, des dangers qui ne nous inquiètent plus aujourd'hui. Nous devons nous placer à un point de vue tout moderne et nous occuper d'arguments absolument nouveaux.

Il faut poursuivre sans autre préoccupation les conditions de disparition de la hernie et de restitution de la paroi abdominale, avec l'intention de n'être pas arrêté dans le choix du moyen.

Il faut tout d'abord étudier le hernieux en tant qu'individu, car il se présente à nous dans des conditions spéciales notablement distinctes de l'état normal. Puis chez les individus dont le système musculo-aponévrotique est défectueux les différences sont fort grandes. De cet état général naissent des indications opératoires particulières ou même des contre-indications.

Le grand fait qui domine toute cette étude est le suivant. Certains hernieux ont un système musculaire d'apparence presque normale et la hernie survient comme un fait accidentel.

Les autres ont un système musculaire tout à fait déficient.

C'est là ce que traduit la classification vulgaire des hernies en hernies de force et hernies de faiblesse. Et cette classification n'est pas aussi mauvaise qu'elle en a l'air. Elle ne signifie pas que les individus appartenant à la première catégorie sont nécessairement très forts; mais elle nous apprend qu'il y a une classe de hernieux dont nous trouverons des muscles puissants, la paroi abdominale résistante, les autres anneaux assez bien défendus; tandis que, pour une autre classe, il n'y a pas de muscles; la paroi est faible partout; les hernies pointent de tous côtés, et après les avoir supprimées en un point, nous les verrons fatalement paraître en un autre.

Il y a là une première indication qui nous montre, au moins pour les cas extrêmes, des individus bien moins propres que les premiers à la cure radicale, et certains chez lesquels elle est tout à fait contre-indiquée. Mais elle nous montre aussi qu'il est des individus tout prêts en quelque sorte à être réparés dans une région défectueuse.

Parmi les hernies de la première catégorie, et pour les cas susceptibles de guérison, nous voyons immédiatement des conditions essentiellement différentes, comme les peuvent présenter les deux types suivants les plus opposés :

1° Une hernie de médiocre volume, avec canal étroit, bonnes parois musculaires. Il semble qu'il n'y ait qu'à rapprocher celle-ci pour obtenir un plan résistant ;

2° D'autre part une hernie volumineuse, pour laquelle il n'y a plus de canal, c'est une baie, un trou de la paroi abdominale que l'orifice herniaire.

Allons-nous dans les deux cas tenter la suture des piliers, ou dans les deux cas tenter l'invagination plus ou moins compliquée du sac dans le trajet herniaire?

Si l'opération est bonne pour un cas, elle est détestable pour l'autre. Eh bien, non seulement nous rencontrons deux types très différents de hernie, mais la variété des hernies est infinie, et avec ces variétés, si l'on veut réussir, il faut changer à chaque instant toute l'économie de l'opération. On verra par exemple, que dans les dix cas d'opération que je présente, il y en a bien quatre sortes très différentes.

Aussi je crois qu'il faut procéder très différemment de la plupart des auteurs qui ont enseigné les opérations de cure radicale. Au lieu de chercher un type d'opération qui s'applique à toutes les hernies, il faut, après avoir déterminé les causes de la formation et de la persistance des hernies, chercher l'ensemble des conditions qui peuvent en favoriser la disparition puis en éviter le retour. Je cherche les processus opératoires qui rempliront ces conditions et j'en déduis l'opération nécessairement complexe que j'applique.

Il sera bien facile ensuite pour chaque cas particulier de déterminer les modifications nécessaires, puisque l'indication en sera dans la forme même et dans les conditions spéciales des cas particuliers.

Ce que je recommande, ce n'est donc pas une opération banale régulière plus ou moins bien exécutée, faite un peu au hasard, comme l'ont cherché beaucoup de ceux qui ont tenté la cure radicale et qui ont attaché leur nom à des procédés. Il s'agit au contraire d'un ensemble complexe raisonné, d'un travail de réparation à parties multiples et dont le résultat me paraît devoir être incomparablement supérieur à ce qui a été fait.

Conditions générales a remplir pour la cure radicale de toutes les hernies. — Quelles sont les conditions communes à toutes les opérations?

Une formule simple exprimera les nécessités auxquelles il faut obéir :

1° Modifier les conditions du canal herniaire de telle façon que la prédisposition première à la hernie (la tendance au glissement interstitiel) disparaisse ;

2° Trouver le soutien, le point d'appui qui viendra, au siège de la hernie détruite, supporter l'effort des viscères, boucher la paroi.

CHAPITRE VI

DESTRUCTION DE LA SÉREUSE DES HERNIES. — EXTIRPATION DU SAC, PARTIELLE OU TOTALE.

Destruction de la séreuse des hernies. — La disposition du péritoine en infundibulum en quelques points constitue la prédisposition première à la hernie chez tous.

Une fois une hernie constituée, le fait de parois lisses, glissantes constitue la cause principale de la perpétuité de la hernie, de la sortie régulière des viscères, de la tendance fatale à l'accroissement. On en trouve une preuve évidente chez les individus dont la hernie s'est faite tard à propos de quelque effort violent (le type de la hernie de force).

Un homme a pu vivre longtemps faisant des efforts musculaires, prenant toutes les positions mauvaises, sans incident ; mais après un accident, un effort excessif, une fois le pertuis à parois glissantes produit, le développement de la hernie est progressif chez lui exactement comme chez

les individus à maigre paroi abdominale et à grands anneaux, peut-être plus rapide encore.

On conçoit aisément que la destruction de ces parois glissantes par l'extirpation du sac[1] ait toujours compté au premier rang parmi les procédés de cure radicale. S'il n'a pas obtenu l'unanime faveur des chirurgiens, cela peut tenir à la fois à ce qu'il est assez dificile à bien exécuter, et à ce qu'il a pu en d'autres temps exposer à de graves dangers.

Selon moi, ce n'est pas l'extirpation du sac qu'il faudrait dire, c'est l'extirpation de la séreuse qui est le fondement véritable de toute opération de cure radicale méritant vraiment ce nom. Tout procédé qui la néglige laisse une voie ouverte pour la hernie nouvelle[2]. Mais cette destruction de la séreuse doit être une œuvre minutieuse et complète.

Il ne s'agit pas seulement, en effet, d'extirper le sac plus ou moins complètement. Il faudrait, pour approcher le plus de la perfection, extirper la totalité de la séreuse constituant le sac, le collet, et au-dessus de celui-ci un peu de péritoine abdominal au voisinage de la hernie. La suture qui comprend le péritoine et les parties sous-jacentes donnerait

1. L'extirpation du sac a été proposée souvent et les historiques mentionnent divers auteurs. Aucun ne m'a paru rappeler assez complètement que M. John Chiene d'Edimbourg avait un des premiers pratiqué l'*extirpation antiseptique* du sac.

2. On le voit, je laisse de côté sans les discuter tous les procédés par invagination, malgré la grande faveur dont ils jouissent encore : je ne méconnais pas qu'ils aient pu rendre des services, mais j'estime qu'ils donnent une opération très inférieure à celle que je préconise. Celle-ci me parait beaucoup mieux mériter le terme de cure radicale par les transformations qu'elle fait subir à la région.

alors une réunion sans infundibulum, par conséquent des conditions peu favorables au développement ultérieur de la hernie.

Réaliser cet idéal opératoire peut être difficile, et sauf des cas exceptionnellement très favorables, ce sera toujours un temps très laborieux de l'opération. Toutefois un artifice permet de l'obtenir habituellement. Le péritoine et les couches lamellaires qui le doublent glissent ordinairement assez bien sur les anneaux; si on y met la patience, la délicatesse de main suffisante, des tractions méthodiques abaissent la séreuse en forme de canal, et, quand on a suffisamment abaissé, on place sur le canal péritonéal les ligatures sous la forme que j'indiquerai plus loin. Ces ligatures étant en place, on résèque toute la portion exubérante du sac. On peut voir alors ces parties, que l'on avait entraînées en bas, entraînées maintenant en haut par l'élasticité des tissus. La ligature que l'on vient de faire rentre naturellement spontanément dans le ventre pour aller se placer au-dessus de l'anneau.

En principe, et pour accomplir le plus complètement possible ce temps de l'opération, on doit exécuter une dissection très fine. Si avec la séreuse on prend trop du tissu cellulo-fibreux périphérique plus ou moins épaissi, les difficultés grandissent, l'hémorrhagie augmente et on arrive fatalement à une dissection très incomplète. Ce n'est pas là une vue de l'esprit, c'est un fait d'observation, et quiconque en douterait n'aurait qu'à se reporter à bien des observations publiées et constaterait que l'auteur a souvent arrêté sa dissection parce qu'il trouvait trop de difficultés, ou bien parce que, ayant très grossièrement disséqué le sac,

il s'est figuré l'opération très facile, et a fait une opération très incomplète plus mauvaise encore.

Les difficultés pour la hernie inguinale surtout sont quelquefois très grandes. Tout d'abord, si la hernie est congénitale, toute la partie inférieure du sac, qui n'est que la vaginale avec le testicule au milieu, devra être laissée en place et la dissection ne commence qu'à un certain niveau au-dessus du testicule. Dans ce cas la vaginale, ou pour mieux dire la partie inférieure du sac, est traitée comme la poche de l'hydrocèle dans la méthode de cure de l'hydrocèle par incision.

Au-dessus les difficultés de dissection sont grandes. On attaquera la séreuse par le côté externe, les vaisseaux du cordon étant en dedans, mais cette marche n'est pas toujours facile. Puis, les éléments du cordon sont étalés, déplacés; sur certains points la fusion est intime avec la séreuse.

Il m'est arrivé même de blesser dans cette dissection le canal déférent. Il est vrai qu'il ne s'agissait pas d'une cure radicale seulement, mais d'une *hernie étranglée* opérée la nuit, conditions un peu spéciales, et rien de semblable ne m'est arrivé pour la cure radicale même de hernies congénitales. Mais l'accident eut bien lieu pendant la dissection faite pour obtenir en même temps que la levée de l'étranglement la cure radicale. J'ai pris dans ce cas le parti le plus simple et le mieux indiqué, j'ai pratiqué sans tarder la castration. Le résultat fut une cure radicale parfaite et une grande satisfaction du patient. Quand je le revis plus tard, il me répéta souvent que jusqu'à cette opération il avait constamment souffert de sa hernie et de son testicule.

Il avait éprouvé de l'opération une véritable délivrance et faisait des travaux durs qu'il redoutait antérieurement[1]. Ce cas est fort instructif, l'opérateur ne doit pas oublier ce déplacement des vaisseaux et du cordon. Même pour une hernie non congénitale, les connexions du sac avec l'épididyme et le cordon peuvent être intimes.

Il peut arriver aussi que le sac soit si grand qu'il y ait inconvénient à le disséquer d'emblée. Le fait est rapporté dans ma sixième observation. Or, dans ce cas, il est facile d'abandonner la moitié inférieure du sac comme dans la hernie congénitale ; mais il faut être averti qu'elle a chance de persister à l'état de tumeur, de véritable kyste, et qu'on peut être amené à l'enlever secondairement comme il m'est arrivé. Le malade numéro 6 a subi deux opérations, la seconde destinée à compléter la première en enlevant la partie inférieure du sac que j'avais laissé en place.

C'est au niveau de la partie supérieure du sac et du canal inguinal que se rencontrent les plus grandes difficultés de dissection.

Se peut-il qu'on doive en quelques cas renoncer à la terminer?

Ceci ne m'est pas arrivé ; cependant il est possible qu'en certains cas rares cela se puisse voir. J'ai dû, après des opérations pour des hernies étranglées, laisser des débris de séreuse dans cette région.

Mais cela ne m'est pas arrivé dans les cas de cure radicale proprement dite, et on ne saurait différencier avec trop de soin ces opérations de hernie étranglée.

1. Ce malade revu près d'une année plus tard refusait absolument de porter un bandage.

Pour la cure radicale en effet, en détachant avec soin la séreuse pellicule par pellicule, j'ai toujours trouvé dans la partie la plus élevée du canal une région où la séreuse cédait, et j'ai pu former l'infundibulum sur lequel je place mes ligatures multiples et enchevêtrées.

S'il arrivait que l'on échouât dans cette dissection, toute chance de guérison persistante serait-elle perdue? Certainement non. On enlèverait tous les débris de séreuse accessibles, et plus on en aurait enlevé, moins on aurait de chance de récidive; toutefois, si une partie du plan glissant persiste, on a des chances contre soi.

Si le sac était adhérent au voisinage des gros vaisseaux dans la hernie crurale, il serait facile de laisser une petite portion isolée à ce niveau sans nuire à la destruction de la séreuse au-dessus.

Adhérence à l'intestin, à l'épiploon. — Mais le sac séreux n'est pas adhérent seulement aux parties sous-jacentes, il peut être adhérent aux viscères contenus. S'il ne s'agit que de l'épiploon, comme celui-ci est destiné à être réséqué, ainsi que nous le verrons plus loin, la difficulté n'est pas grande. On résèque la portion d'épiploon adhérente. Mais il y a des cas où la paroi du sac séreux est fusionnée en quelque sorte avec la paroi de l'intestin; dans ces cas, première difficulté lors de l'ouverture du sac; grande difficulté de ne point blesser l'intestin. Mais cela ayant été évité, il peut rester impossible de détacher suffisamment le sac de l'intestin pour isoler celui-ci, le réduire et atteindre les parties du collet à disséquer.

Que faire en pareil cas? Ce que je nomme une opération imparfaite : disséquer tout ce qu'il est possible de séreuse

après avoir fendu le sac dans tous les points accessibles, puis réduire l'intestin et terminer l'opération ainsi que nous le verrons plus loin, comme si la dissection avait été complète. En pareil cas, la récidive menace ; l'intestin est retenu au voisinage de l'anneau et une portion du plan séreux persiste.

La persistance de la séreuse n'est pas un obstacle absolu à la cure radicale. On recommande des procédés de cure radicale qui provoquent des adhérences dans l'intérieur du sac ; dans une discussion à la Société de chirurgie, M. Pozzi nous citait le cas original d'une femme qu'il avait opérée d'une hernie crurale étranglée sans ouverture du sac et chez laquelle la hernie ne s'était pas reproduite : on l'avait constaté un peu plus tard. Mais c'est là un fait exceptionnel, et lors même que l'on a obtenu la guérison avec persistance d'une partie de séreuse, les chances de récidive sont grandes ; je citerai le fait très instructif de ma troisième observation, le seul cas dans lequel j'aie observé une récidive.

Il s'agissait de la nommée Lambert, opérée à Tenon le 27 juillet 1881. Cette femme avait à gauche une petite hernie crurale, entéro-épiplocèle, qui ne se réduisait qu'à moitié, siège d'une sensibilité très vive ; tout bandage était insupportable et dangereux. Lorsqu'à sa demande je lui fis la cure radicale, je trouvai un sac mince comme une pelure d'oignon, très intimement uni à une portion d'épiploon et à une anse intestinale. J'excisai une portion de l'épiploon, je divisai le sac par plusieurs incisions longitudinales en sortes de lanières, et je pus réduire l'intestin, le reste d'épiploon et ces lanières de sac dans l'abdomen. Ceci fait, un

point de suture placé au niveau de l'anneau maintint les parties en situation. Pendant six mois la guérison parut solide, la malade gardait bien son bandage et il n'y avait pas trace d'impulsion. Mais, au bout de ce temps, elle fut atteinte d'une bronchite très intense, et ses quintes répétées la nuit finirent par vaincre la résistance de la cicatrice diminuée encore par un commencement de grossesse. La hernie se renouvela. Elle est restée peu importante, insensible, très réductible ; le bandage est très bien supporté ; mais la hernie existe. Certainement, si j'avais pu au cours de l'opération compléter l'ablation des parties du sac, mon opérée eût été dans des conditions beaucoup meilleures pour éviter la récidive.

On pourrait encore faire, dans le cas où la dissection d'un anneau serait incomplète, une série de scarifications sur le collet du sac. On crée ainsi une surface cruentée relativement bonne pour l'adhésion. J'ai souvent employé, autrefois, ce procédé pour des hernies étranglées où je fais toujours les débridements multiples ; j'ai eu quelques cures radicales qui ont succédé. Mais tout cela serait fort aléatoire.

En réalité, il faut par tous les moyens poursuivre le détachement puis la destruction de la séreuse ; et pour ce faire, l'expérience de l'opérateur sera très importante. J'ai, par exemple, rencontré dans ma dixième opération des difficultés qui m'auraient certainement arrêté lors de la première. Je n'ai pu m'en rendre maître qu'avec une grande persévérance et la confiance absolue que me donnaient les suites si simples des opérations antérieures.

Une autre difficulté opératoire consiste dans les con-

nexions vasculaires du sac. Tandis que certaines fois le sac peut être détaché jusqu'au collet sans presque d'écoulement sanguin, ce décollement provoque d'autres fois un écoulement en nappe très abondant. On a même quelquefois beaucoup de ligatures à faire.

Pédiculisation, ligature et fermeture du péritoine. — Lorsque le sac séreux a été pédiculisé avec soin, on le tient dans la main, entier ou par lambeaux. Il s'agit de placer les ligatures destinées à fermer le péritoine directement au-dessus du point où il sera réséqué. Pour ce faire, je place sur le sac des pinces confiées à un aide pour le maintenir avec des tractions un peu énergiques. Puis, sur le point le plus profond du pédicule, je traverse le pédicule soit avec une aiguille de Reverdin proprement dite, soit avec une aiguille mousse de même forme à chas mobile, que j'ai fait construire il y a plusieurs années par M. Collin, et que j'utilise pour diverses opérations, puis je passe deux fils de gros catgut que j'entrecroise et que je fixe séparément.

Si le pédicule de mon sac était très large, j'en placerais plusieurs accolés et enchevêtrés comme dans l'opération numéro 2, où j'en ai placé 5 à la suite les uns des autres. Cet enchevêtrement garantit contre tout glissement possible. J'ai fait représenter dans des figures shématiques la disposition de ces fils.

Figures des aiguilles. — La figure 1 représente l'aiguille de Reverdin droite; la figure 2 représente l'aiguille courbe. La figure 3 représente cette aiguille courbe et mousse que j'ai fait construire et qui m'a rendu de grands services pour la formation de pédicules, pour bien des tumeurs et bien des régions différentes.

Fig. 1. — Aiguille de Reverdin droite.

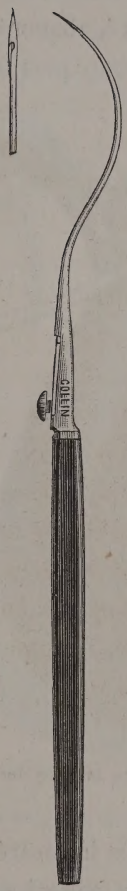

Fig. 2. — Aiguille de Reverdin courbe.

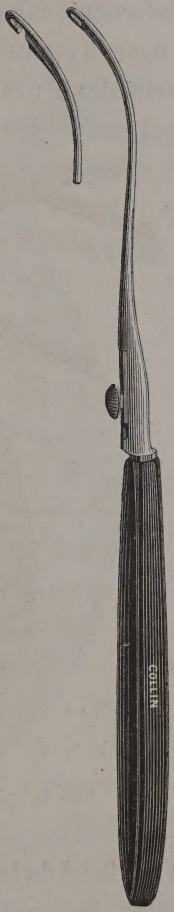

Fig. 3. — Aiguille mousse du Dr Championnière.

Fils placés sur le sac. — La figure 4 représente le cas le plus commun, un pédicule assez restreint pour que deux fils enchevêtrés suffisent à le fermer.

La figure 5 montre trois fils également enchevêtrés. Cette solidarité des fils rend beaucoup plus facile le rapproche-

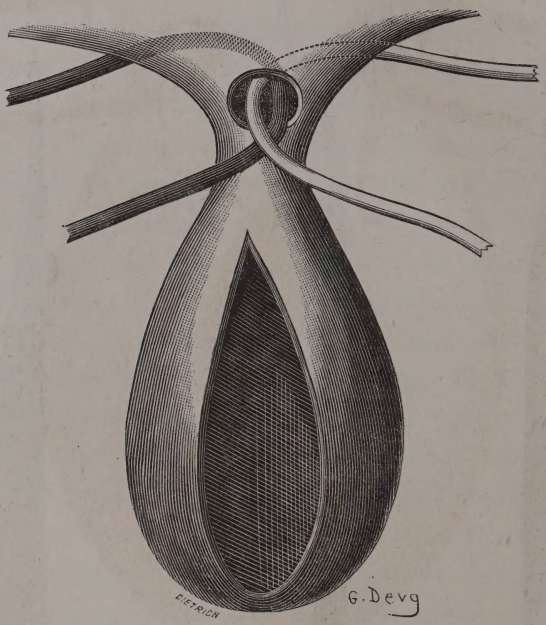

Fig. 4. — Sac herniaire avec ligature double.

ment artificiel de la séreuse et la rentrée du pédicule dans le ventre. On est de la sorte garanti contre le glissement des fils sur le pédicule qui est coupé très court.

La figure 6 montre cinq fils enchevêtrés. Tous les fils ont été passés de manière à se croiser et à se serrer sur la région antérieure du collet du sac, l'union de ces fils une

fois serrés sera intime. Elle évitera complètement la formation d'un godet supérieur.

Ce sont là des types qui donnent une idée nette de ma

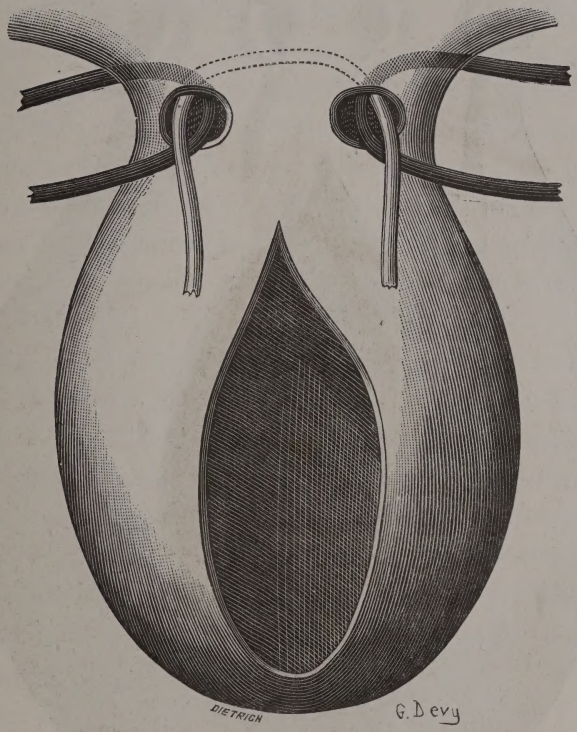

Fig. 5. — Sac herniaire avec trois ligatures en chaîne.

manière de procéder pour la fermeture du péritoine et qu'on devra modifier suivant les circonstances.

En lisant les observations, on verrait que j'ai eu l'occasion de faire avec succès ces diverses formes de ligatures multiples et enchevêtrées.

Pourcette extirpation du sac et pour les ligatures faut-il

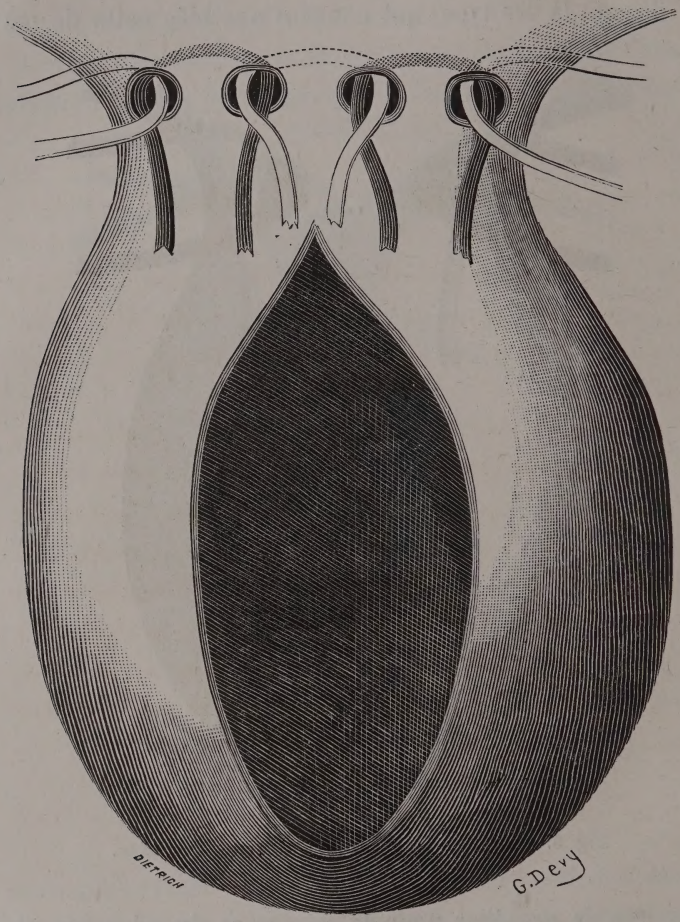

Fig. 6. — Sac herniaire avec cinq ligatures en chaîne.

ouvrir le sac? Cela dépendra des circonstances et j'ai suivi les deux pratiques. Mais en principe il vaut mieux ouvrir le

sac. S'il est très grand, on agira suivant ses inspirations à cet égard, parce qu'on le manipule aisément. Mais si le sac est de médiocre volume, ce deviendrait une pratique dangereuse d'opérer le sac fermé, il faut l'ouvrir quand même et cela n'influe en rien sur les chances de l'opération.

Une difficulté surgit dès que le sac a été ouvert ; l'opérateur est exposé à perdre la paroi du sac, et s'il n'a pas bien repéré cette paroi à l'aide de pinces, ou bien il le perdra, ou bien sa dissection sera trop grossière pour être poursuivie suffisamment haut. C'est un fait très commun chez la plupart des opérateurs de hernie, et le défaut de ce détail opératoire est une des causes de la récidive après la cure radicale.

Nécessité d'une anesthésie irréprochable. — Surtout si le sac est très grand, il faut une anesthésie parfaite pour accomplir ce temps difficile. S'il n'en était pas ainsi, l'opérateur serait constamment gêné par la poussée des intestins, par l'écoulement de sang, etc. Il faut que cette dissection minutieuse soit faite à blanc en quelque sorte et dans le calme le plus parfait. En dehors de cette résolution profonde on ne fera que des opérations irrégulières dont je voudrais détourner[1].

1. Les figures schématiques ont été dessinées par M. Demelin, interne du service.

CHAPITRE VII

SURFACES CRUENTÉES RÉUNIES. — POINT D'APPUI DE LA HERNIE

Nous avons dit que la seconde des indications pour la cure radicale c'était la formation du soutien, du point d'appui qui au siège de la hernie détruite viendra supporter l'effort des viscères et boucher la paroi. L'extirpation du sac va nous offrir un premier élément pour ce point d'appui.

En effet, le sac enlevé, nous restons en présence d'une surface cruentée considérable. Ces parois saignantes entre lesquelles s'insinuait le sac vont se rapprocher, se fusionner. Il va se former là une cicatrice résistante. Au-dessus et au-dessous la paroi abdominale conserve ses qualités. Au centre la cicatrice va opposer sa résistance propre à l'effort des viscères.

Pour que la résistance de cette cicatrice soit à son maximum il faut que cette cicatrice remonte le plus haut possible, qu'elle soit longue et large. Pour qu'elle soit longue l'opération doit être faite à travers une ouverture importante. C'est un précepte en opposition formelle avec ceux d'un grand nombre d'opérateurs qui veulent le plus de par-

cimonie possible, une petite incision du collet, une piqûre du sac, etc. Ce sont là des préceptes désastreux. Il faut obtenir une ample modification des tissus si l'on veut un résultat.

On comptera pour cela sur l'union, la fusion des surfaces saignantes et surtout du tissu cellulaire qui réunit toutes ces parties.

Dans cette fusion les piliers jouent-ils un rôle et y a-t-il un intérêt quelconque à les suturer? Non, ceux-ci ne sont pas eux-mêmes capables de fournir à la réparation. Leur substance ne permet pas leur accolement. S'ils sont rapprochés c'est par le tissu cellulaire qui se trouve entre eux. La rétraction de la cicatrice qui pénètre dans leur intervalle peut produire un bon résultat, mais ils ne participent à la réparation que passivement.

Pour que la cicatrice se fasse bien entre les larges surfaces touchées par le traumatisme, il faut qu'aussitôt après l'opération ces surfaces soient très exactement rapprochées. Or ce rapprochement peut être fait par deux artifices qui s'entr'aident : la suture et la compression. De là l'indication de la suture perdue, et de la compression soigneuse par le pansement.

La suture des piliers a pu indirectement rendre ce service ; mais elle est minutieuse et inutile ; ce sont les parties molles quelconques au point où le collet avait existé qu'il y a lieu de rapprocher par un ou plusieurs points de suture perdue.

Ceci je l'ai toujours pratiqué avec la suture à l'aide de gros catgut. Suivant les cas on en placera une seule ou de nombreuses ; il serait impossible de décider à l'avance ce

détail; les cas ne se ressemblent pas et l'écartement des parties est très variable.

Après qu'on a pratiqué cette suture profonde, puis la suture superficielle des lèvres de la plaie, ces rapprochements ne seraient pas suffisants s'ils n'étaient pas soutenus par une compression énergique. Cette compression devra être continuée longtemps, et répétée par les pansements; mais tout d'abord elle doit être soutenue d'une façon ininterrompue les trois ou quatre premiers jours. Dans ces conditions la fusion des parois de canal et d'anneaux est plus complète. Il est à remarquer que les cicatrices très franches obtenues sans suppuration donnent une résistance plus parfaite que celles dans lesquelles la suppuration a eu lieu.

C'est là un point sur lequel il y a lieu d'insister, car les opérateurs de hernie étranglée vous disent volontiers de rechercher la suppuration du sac pour éviter le retour de la hernie. Théoriquement, en effet, on pourrait admettre que la suppuration prolongée donne une cicatrice plus puissante que la réunion immédiate. C'est là une profonde erreur que les faits contredisent : les cicatrices de réunion immédiate sont beaucoup plus solides. J'ai examiné des cicatrices de hernies opérées avec suppuration consécutive et cette suppuration n'avait pas empêché une récidive très rapide. J'en ai examiné une tout récemment encore; malgré l'application d'un bandage très soigné, une hernie inguinale suppurée avait complètement récidivé au bout de trois mois, et cependant elle avait été opérée avec excision plus ou moins parfaite du sac dans une intention de cure radicale.

Il faut pour qu'une cicatrice soit solide et puissante qu'elle se fasse vivement sans suppuration, les tissus à unir étant dans le contact le plus immédiat possible; le tiraillement de la plaie, le frottement, les déplacements sont les premières causes de la faiblesse d'une cicatrice; mais nous verrons plus loin qu'il y a des causes secondaires de cette faiblesse, qui veulent après une opération bien faite un traitement consécutif.

Ce rapprochement exact des parois avec une bonne cicatrice peut suffir à maintenir la guérison. Mais supposons une paroi abdominale affaiblie, un anneau immense; si nous n'opposons d'autre obstacle que la cicatrice à l'impulsion des viscères, cet obstacle a bien des chances pour être rapidement vaincu. C'est là ce que soutiennent tous ceux qui préconisent l'invagination du sac, le placement d'un bouchon épiploïque, etc. Selon moi, ces derniers procédés doivent souvent manquer leur but et, de plus ils ont des inconvénients graves.

Ils manquent leur but. En effet l'invagination laisse toujours un cul-de-sac au-dessus d'elle. Par conséquent elle laisse toujours une pointe de hernie. Il se peut bien que celle-ci n'augmente pas, mais elle menace toujours.

Pour le bouchon épiploïque cela est plus grave encore. Non seulement il n'est guère efficace, mais il est dangereux, nous le verrons plus loin. Un bouchon épiploïque dans un anneau est une incitation à la hernie. Celle-ci se reproduit facilement et prend un caractère grave à cause de l'adhérence de l'épiploon au collet ou à la paroi du sac; et en attendant cette reproduction la bride épiploïque est une menace constante d'étranglement interne.

Ajoutons enfin que ces adhérences épiploïques sont souvent la cause d'accidents très pénibles ; leur tiraillement est très douloureux. J'ai insisté ailleurs sur ces douleurs des adhérences épiploïques et comme je vois dans les adhérences du sac un motif très légitime de cure radicale je suis bien loin de proposer d'employer l'épiploon comme bouchon.

Cependant, puisque ni le sac ni l'épiploon ne sauraient être employés comme moyen de soutien, que faire dans les cas heureusement rares où il en faut chercher un? J'ai eu deux fois l'occasion de pratiquer des opérations dans deux cas de cette nature très difficiles (obs. II et obs. VI) et j'ai très heureusement réussi par des procédés d'autoplastie assez complexes.

A plusieurs reprises on a proposé cette méthode, et on parle toujours d'une opération de Jameson dont je n'ai pu retrouver une description intelligible; Rizzoli, Langenbeck et d'autres ont recommandé des procédés de ce genre.

Pour ma part, j'ai pensé que le fait seul d'une autoplastie ne suffisait pas, que l'opération devait être disposée de telle façon que les parties molles pussent constituer une sorte de tampon ou de bouchon dirigé vers l'abdomen et faisant corps avec la partie béante située au niveau du collet de la hernie. Et ce tampon doit agir surtout parce qu'il est fusionné avec la cicatrice puissante qui s'est formée au lieu et place du canal détruit. J'ait fait un véritable enroulement de la peau d'un côté, en avivant la face cutanée et la tournant vers l'abdomen, et en prenant un lambeau cruenté du côté opposé pour le rabattre sur le précédent enroulement. Un de mes lambeaux était replié jusqu'à trois fois sur lui-même.

Cela constitue une masse assez épaisse dont il faut faire un tout solide à l'aide de quelques points de suture en catgut d'abord pour les parties les plus profondes, et pour les surfaces en fils non résorbables (en crins de Florence). Et c'est la surface de ce bouchon qui, fixée par ces crins de Florence, vient adhérer à la cicatrice interstitielle du canal.

Il y a là pour le moment de l'opération une petite manœuvre délicate. Pour les jours qui suivront l'opération il y aura encore quelques difficultés, parce que le bouchon constituée par la peau repliée est tout d'abord assez sensible et que le bandage devra être soigneusement tamponné pour ne pas être douloureux. Mais plus tard les parties s'habituent au contact ; dans mon premier cas le bouchon devenu parfaitement indolore fermait très bien l'orifice qu'il devait combler et supportait un bandage puissant, mais à large surface comme je le dirai plus loin.

Dans la seconde observation, cet enroulement s'est un peu moins bien maintenu d'abord, mais cependant le succès a encore été complet, et chez un homme chez lequel la hernie n'était maintenue qu'à la condition de faire pénétrer les quatre doigts de la main dans l'abdomen, la guérison persiste fort bien depuis l'opération.

Ce temps de l'autoplastie dans l'opération ne présente pas de bien grosses difficultés mais il veut être fait délicatement. La surface de la peau à transporter doit être avivée avec soin. Il faut éviter de prendre des bulbes pileux importants ou les détruire dans le lambeau. Les points de suture doivent être de deux ordres, profonds et perdus, fixant le lambeau, puis superficiels et amovibles et traversant la peau. Le drainage ne doit pas être fait sous le bou-

chon autoplastique, entre lui et les parties auxquelles il devra adhérer, mais au-dessous de son niveau.

Mais ce sont là des cas exceptionnels, les plus rares ; dans la généralité des cas il n'est pas besoin d'une manœuvre aussi importante et nous pouvons nous en tenir à la suture des parties profondes telle que je l'ai décrite plus haut.

CHAPITRE VIII

PLACEMENT DES SUTURES. — INSTRUMENTS ET MATÉRIAUX

Le placement de sutures profondes et perdues après la ligature et le refoulement du moignon du sac dans l'abdomen demande de réelles précautions. Les sutures profondes en catgut devront rapprocher les parties molles contre l'orifice; dans l'immense majorité des cas on trouve suffisamment de parties molles pour venir boucher le vide laissé par le pédicule péritonéal refoulé.

Y a-t-il moyen de donner quelque force à la paroi par la suture des piliers? Je ne le pense pas. Les fibres aponévrotiques qui constituent les piliers n'ont par elle-même aucune tendance à la coalescence, que sert donc de les rapprocher? Il faut de préférence chercher les parties sanglantes qui s'accoleront et vont les noyer dans une puissante cicatrice.

Si j'estimais qu'une opération de ce genre méritât de fixer l'attention, je choisirais celle signalée par Mitchel Banks, de Liverpool (*British. Med.*, nov. 1882), qui après avoir fait l'extirpation du sac réunit les piliers par deux ou

trois fils d'argent et les laisse en place. Je comprends ce soutien permanent, quoique je redoute un peu le sectionnement des piliers. La soie au sublimé ou le *chromic gut* pourraient agir dans le même sens.

J'ai depuis longtemps passé mes sutures avec l'aiguille de Reverdin droite et courbe construite par M. Collin, et si j'insiste sur l'emploi de cet instrument c'est que je sais par expérience combien il simplifie la manœuvre. Non seulement on est dispensé d'enfiler une série d'aiguilles courbes, mais on agit avec une sécurité que ne donnent pas les aiguilles ordinaires. Les tissus à traverser sont durs souvent. La manœuvre du porte-aiguille est délicate. Il y a douze ans, avant tous les perfectionnements, pendant une opération de hernie étranglée, un jour où je faisais une suture profonde en bourse, au-dessous de l'anneau, je cassai l'aiguille par le milieu, et le fragment tranchant de l'aiguille, glissant par l'anneau au moment où je voulus le saisir, disparut dans la grande cavité péritonéale. Cet accident n'eut aucune suite, j'ai revu plusieurs années après la malade dans le service de M. Siredey; c'était un des cas dans lesquels la guérison radicale avait bien persisté.

Mais si cet accident n'eut pas de suite il n'est pas à rechercher, et l'aiguille de Reverdin, bien en main, droite ou courbe, donne les meilleures garanties.

En ce qui concerne les fils j'ai toujours employé du catgut préparé par moi. J'emploie du fil sensiblement plus gros que celui généralement employé, une chanterelle de violon très résistante. Sa préparation ne diffère pas de celle indiquée dans mon *Traité de chirurgie antiseptique*. Je crois sa persistance dans les tissus et sa fusion

avec les éléments voisins beaucoup plus parfaite que pour le catgut du commerce. Je choisis certaines sortes de cordes; je ne connais aucun inconvénient à ce fil souple bien résorbable, et dont le nœud se fait admirablement. Son asepticité est parfaite et je ne l'ai jamais vu éliminé que chez des individus qui avaient suppuré.

Toutes les sutures superficielles et amovibles sont faites avec le crin de Florence préparé par l'immersion dans l'eau phéniquée au vingtième. Ce fil est solide, coupe moins les tissus que les fils métalliques, n'est pas douloureux et dans une plaie bien aseptique peut être laissé indéfiniment. Il arrive que par mégarde on laisse quelques fils superficiels; on peut les retrouver au bout de plusieurs semaines sans que le patient en ait été incommodé.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT DE L'ÉPIPLOON. — TRAITEMENT DU TESTICULE

Le traitement de l'épiploon mérite d'être considéré à part. Ce n'est pas pour la fameuse discussion sur la réduction ou la non réduction de l'épiploon exposé à l'air, discussion qui a passionné nos pères. Cette question n'existe plus. Tout ce qu'ont dit à ce sujet nos prédécesseurs est devenu sans intérêt; nous le réduisons ou le gardons à notre gré sans nous préoccuper des complications.

Dans la cure radicale qu'en fera-t-on? Il est absolument indiqué de réséquer tout ce qu'il sera possible d'enlever. En effet l'épiploon joue dans le mécanisme de la formation des hernies un rôle capital; dans quelques cas où il descend dans la hernie avec une petite quantité de liquide il est absolument impossible que celle-ci soit contenue, et dans tous les cas, il est souvent l'avant-garde qui fraie la voie pour l'intestin. Enfin, en séjournant dans la hernie il maintient le sac distendu.

Il est indiqué d'exciser non seulement l'épiploon qui est adhérent au fond d'un sac, mais tout ce que l'on

peut atteindre, tout ce que l'on peut attirer d'épiploon.

J'insiste sur ce point, parce que j'estime que l'épiploon est un agent de production de la hernie sur la valeur duquel on n'a pas assez compté. Cette excision à elle seule est un élément de cure radicale. Aussi, après une opération bien largement faite, moins il viendra d'épiploon au voisinage de l'anneau, moins la hernie aura de chances de récidive.

Le traitement de l'épiploon pour la cure radicale doit être analogue à celui qu'on lui fait subir pendant l'ovariotomie lorsqu'on le trouve adhérent. On devra le lier avec du catgut ou de la soie préparée au bichlorure. Je l'ai toujours lié avec du catgut préparé par moi.

Toutefois, il faut assurer la fixité des fils avec plus de soin encore que lorsqu'on fait l'ovariotomie. En effet, les ligatures terminées il faudra rentrer l'épiploon dans le ventre par l'orifice plus ou moins étroit. Le nœud simple de catgut en frottant pourrait glisser ce qui serait fort dangereux. Puis, si on a enserré une forte portion d'épiploon il reste un gros bouchon difficile à rentrer dans le ventre.

Pour ces raisons j'emploie toujours du catgut bien résistant, plutôt gros (je l'ai dit plus haut), je le place sur les vaisseaux en traversant l'épiploon de part en part et en enchevêtrant les fils deux à deux comme on les place d'habitude sur le pédicule dans l'ovariotomie. Mais si le lambeau d'épiploon est considérable (j'en ai réséqué pesant 135 grammes et plus) au lieu de réunir le tout entre deux nœuds, je place plusieurs fils. Ces fils multiples je ne les place pas en chaîne comme on le fait pour l'ovariotomie et comme je l'ai montré tout à l'heure pour le collet du sac. Je les place ici par sections indépendantes, par groupes, si

j'estime qu'il faut placer une série de fils ; de cette façon l'épiploon que l'on rentre s'étale plus facilement, les fils tiennent très solidement, retenus par la trame même de l'épiploon, et ce plan membrano-adipeux, rentré dans le ventre, s'étale bien, ne forme ni nœud ni corde. Et comme

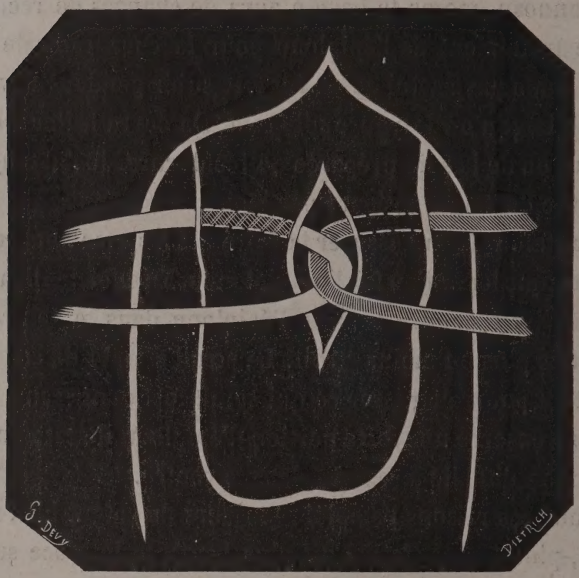

Fig. 7. — Épiploon avec deux ligatures en chaîne.

je n'ai pas craint de faire porter ma résection le plus haut possible, de placer mes ligatures au voisinage de l'intestin, il n'y a plus de franges épiploïques errantes au voisinage de l'anneau prêtes à s'y accoler, puis à peser sur la cicatrice pour la forcer.

La figure 7 représente le traitement de l'épiploon lors-

qu'une petite quantité seulement doit être réséquée, deux fils enchevêtrés l'enserrent et cela ne diffère pas de ce que nous faisons pour le collet du sac.

La figure 8 représente une masse épiploïque sur laquelle

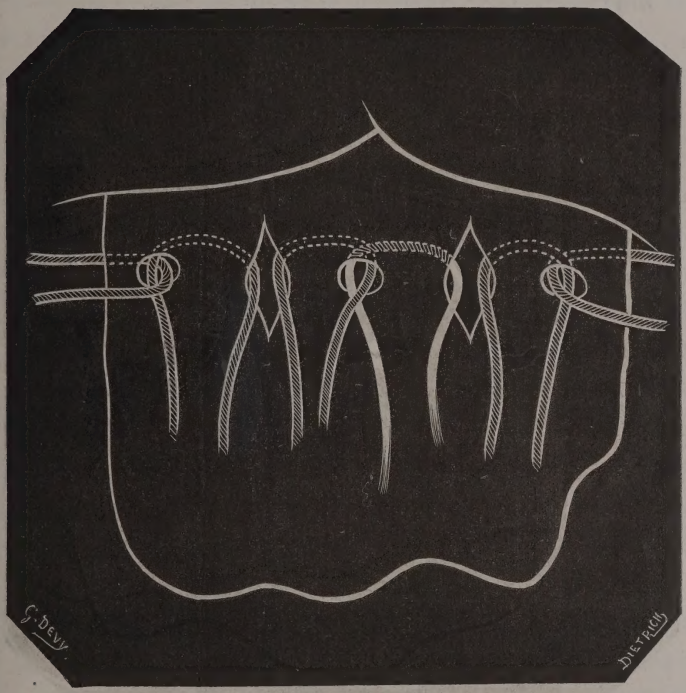

Fig. 8. — Épiploon avec six fils en trois séries.

six fils en trois sections distinctes ont été placés. Ce schéma doit faire comprendre aisément leur disposition.

La figure 9 représente le même épiploon serré. On voit comment les trois sections restent distinctes, et pour voir

combien la manière de faire est différente pour le sac et pour l'épiploon, on peut comparer cette figure à la figure 6 (p. 44), qui représente cinq fils placés en chaîne sur un pédicule de sac.

Ce traitement de l'épiploon est facile en principe; en

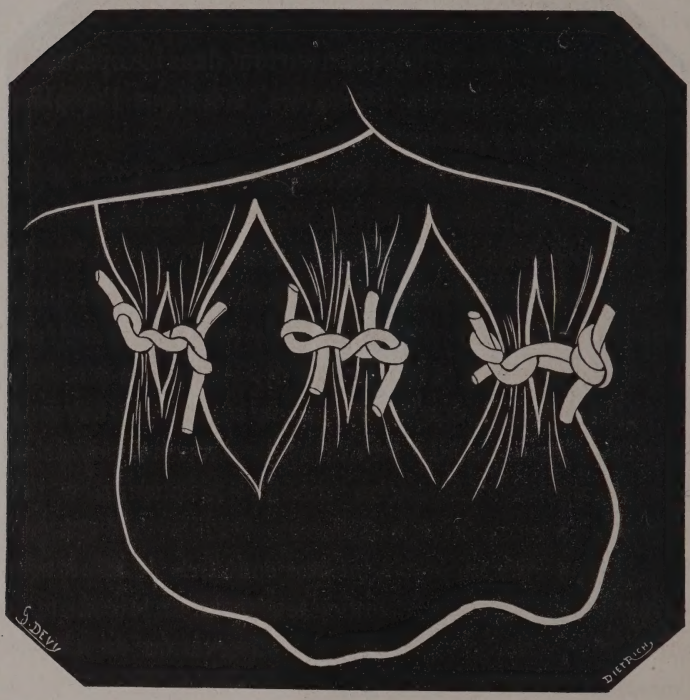

Fig. 9. — Ligature avec six fils après que ceux-ci ont été serrés.

réalité il y a quelquefois des difficultés d'application qui résultent des adhérences contractées par lui. Ces adhérences peuvent être ramassées, pelotonnées, former une sorte de sac et toute la surface de l'intestin est collée sur

l'épiploon. Il faut mettre une grande patience dans le détachement de ces adhérences.

Il y a rarement des ligatures à faire sur l'anse elle-même, mais la surface reste souvent saignante et ce n'est qu'après un certain temps de séjour entre deux éponges ou dans une compresse qu'on la trouvera assez sèche pour la rentrer.

Cette disposition se rencontre surtout dans les opérations faites pour des hernies étranglées, alors que l'épiploon a été enflammé à plusieurs reprises.

J'ai dit plus haut que la formation d'un bouchon d'épiploon était un procédé à la fois inefficace, source de douleur et dangereux.

Même après la suppuration (et il est bien entendu que la suppuration doit être détournée à tout prix de la cure radicale sous peine de dangers graves) les adhérences contractées par l'épiploon n'ont pas de régularité. La corde épiploïque qui tiraille au-dessus de l'anneau forme un petit cul-de-sac. L'épiploon montre le chemin à l'intestin.

Puis ces adhérences épiploïques sont très douloureuses. Qui se donne la peine d'étudier les hernieux le constate à chaque instant, et précisément l'observation de malades antérieurement opérés de hernie étranglée en fournit de nombreux exemples.

Mais il y a plus, ces bouchons épiploïques douloureux peuvent jouer un rôle très important dans le développement d'un étranglement secondaire. J'ai opéré le 14 octobre 1884 d'une hernie crurale étranglée une vieille femme opérée deux ans auparavant pour une hernie étranglée. On

l'avait traitée en laissant s'éliminer l'épiploon abandonné au dehors.

Elle avait d'abord été plusieurs mois à suppurer. Puis elle avait des douleurs constantes, une sensibilité extrême de la région qui rendait le bandage intolérable. La hernie s'était reproduite aussitôt qu'elle avait été debout. Elle insistait sur ce que depuis l'opération sa souffrance était beaucoup plus terrible qu'auparavant. Enfin l'étranglement s'était fait sur les débris d'épiploon et sur le collet.

Elle fut opérée sans chloroforme vu son état grave et guérie sans suppuration ; l'épiploon fut soigneusement détaché et largement réséqué. Elle est sortie portant un bandage sans aucune espèce de douleur. Depuis son opération elle avait complètement changé de caractère et se déclarait rajeunie par la fin de ce supplice de deux années.

Ainsi même si l'épiploon fixé au bouchon pouvait être utile pour la contention de la hernie, cette manœuvre constituerait un mauvais procédé à cause des douleurs des adhérences épiploïques et des dangers possibles.

C'est encore le lieu de se demander ce qui doit être fait du testicule? Pour moi, dans le cas où un testicule est retenu à l'anneau, ou s'engage par intermittence, il ne saurait y avoir d'hésitation. Il est bien avéré que ce testicule en ectopie n'a aucune valeur sexuelle, de plus il est une source de douleurs constantes et une menace permanente pour le retour de la hernie. La proposition de le fixer dans l'anneau comme un bouchon me paraît si ridicule que je ne saurais concevoir comment elle est venue à l'idée d'un chirurgien.

Ce testicule doit être supprimé. J'ai très nettement fait cette profession de foi au congrès de 1885 et surtout à la Société de chirurgie. Je vais même plus loin, au cas où la suppression d'un testicule faciliterait beaucoup la cure d'une hernie congénitale je crois que l'autre testicule étant sain il ne faudrait pas hésiter, et l'opéré serait nécessairement très reconnaissant.

J'ai dit plus haut comment, en faisant une opération de hernie étranglée pour une hernie inguinale, j'ai blessé le canal déférent. Je n'ai pas hésité à pratiquer la castration en même temps que la cure radicale. Mon opéré est venu bien souvent me remercier, me disant combien il était satisfait de pouvoir marcher, de faire des efforts sans crainte, sans douleur. J'ajouterai même que le testicule qui lui restait lui permit trois mois plus tard de contracter la syphilis, et c'est à cette occasion que je le revis.

Dans un cas de cure radicale, notre collègue M. Peyrot a rencontré un testicule en ectopie dans le canal où il descendait de temps en temps. Il a pratiqué l'ablation du testicule en même temps que l'extirpation du sac et les résultats ont été excellents.

Il ne faut pas confondre cette manière de traiter le testicule avec la castration systématiquement proposée par les charlatans pour la cure radicale, castration que Dionis ne croyait justifiée que chez les prêtres qu'elle ne privait, disait-il, que d'un organe inutile. Dans ce cas ce n'était qu'une opération destinée à faciliter l'extirpation du sac, et on ne faisait aucune différence entre un testicule en ectopie et celui qui au fond d'une hernie congénitale était d'excellent fonctionnement. Pour mieux dire ce n'était guère que ce

bon testicule qui disparaissait dans ces opérations très communes à certaines époques. Cette opération doit être évitée habituellement et nous avons parlé surtout du testicule en ectopie et par conséquent inutile.

En ce qui concerne, du reste, le traitement du testicule et de ses vaisseaux, on n'oubliera pas que l'on est parfaitement maître du choix de ses moyens. Le décollement, les traumatismes du testicule et de la vaginale se réparent sans incident. Je pourrais même citer des faits de traumatisme très curieux démontrant que la lésion du canal déférent n'a pas les conséquences que l'on pourrait imaginer. Mais il ne s'agit plus ici de la cure radicale des hernies sans étranglement et je ne m'étendrai pas sur ce sujet.

CHAPITRE X

DRAINAGE

Le drainage mérite une description à part. Il n'est pas indispensable, et l'on conçoit qu'en certains cas il puisse être négligé; mais dans la majorité des cas il doit être fait, et certaines précautions le concernant sont capitales pour le succès.

Le drainage dans une cure radicale doit empêcher l'accumulation de la sérosité, par conséquent la tension au niveau des points de suture profonds. Le drain ne doit donc pas être placé au-dessous d'eux. A plus forte raison ne doit-il pas, comme on l'a proposé, être placé plus haut encore et s'introduire jusque dans l'abdomen. Ce serait là une faute grossière de nature à compromettre tout le succès de l'opération. Ce drain devra du reste être retiré le plus rapidement possible.

On pourrait, disais-je tout à l'heure, l'éviter complètement dans certains cas. Cela dépend beaucoup de la nature et de la situation des parties touchées. Avec la hernie ombilicale par exemple, on se trouve dans des conditions tout à fait analogues à celles de la fermeture de la paroi

abdominale après l'ovariotomie ; il pourrait donc y avoir nécessité de ne pas drainer, et dans les cas où j'ai profité de la plaie d'ovariotomie pour faire la cure de la hernie ombilicale, je n'ai pas drainé.

Mais cette réserve faite, il ne faut pas oublier qu'il y a avantage à constituer de larges surfaces d'accolement pour avoir une cicatrice solide, et dans ces cas le drainage présente de réels avantages.

J'ai fait le drainage tantôt avec des tubes de caoutchouc

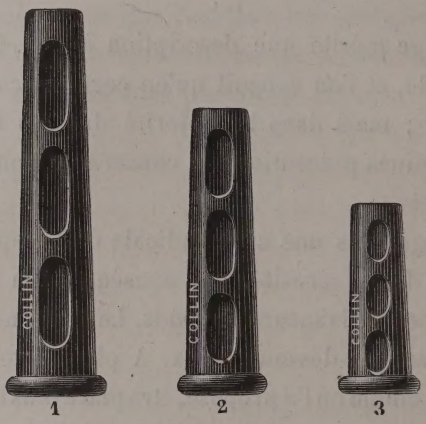

Fig. 10. — Tubes en caoutchouc durci de dimensions variées.

rouge ou noir, privé de soufre, tantôt avec les tubes solides de caoutchouc durci que j'ai fait construire par M. Collin (fig. 10). Dans une région où les parties s'aplatissent, où les tubes se bouchent, ils peuvent présenter de gros avantages et il est bien difficile de dire à l'avance lequel on préférera. Il faut les avoir tous à sa disposition.

Le drain doit entraîner la sérosité dans une direction telle qu'elle ait peu de chance de s'empoisonner, et pour ce faire il faut éviter la direction du pli génito-crural, le voisinage de la vulve. Il est donc de règle, contrairement à toutes les idées reçues, de faire le drainage vers la partie supérieure de la plaie. Tous les chirurgiens sont encore à cette conception du drainage nécessaire vers la partie la plus déclive de la plaie. Si une plaie est bien aseptique, cette nécessité n'existe plus, la sérosité très fluide qui constitue seule l'écoulement chemine parfaitement bien suivant une voie un peu plus difficile, et lorsqu'il y a une nécessité première qui pousse à se détourner d'une partie déclive dangereuse pour l'infection, il faut accepter ce renversement du canal de drainage.

C'est absolument le cas de la cure radicale. Le drainage est nécessaire les deux ou trois premiers jours, parce que le traumatisme a été assez considérable; par suite l'afflux de sérosité est important. Mais il est de peu de durée. Au bout de deux ou trois jours cet écoulement est tari. Si la poche était très vaste, il peut suffire de couper le tube ou de le remplacer par un beaucoup plus petit. Mais il peut y avoir très grand avantage à le supprimer définitivement. La persistance du canal dans lequel est inséré le tube à drainage est un obstacle à la cicatrisation rapide de la peau, et la suppression très prompte du drainage joue un grand rôle dans la cicatrisation définitive et prompte de la plaie.

CHAPITRE XI

PANSEMENT ET ANTISEPSIE

Parmi toutes les opérations justiciables de la méthode antiseptique, il en est peu qui seront plus intéressantes que celles de la cure radicale de la hernie. A tous les points de vue le pansement doit être fait avec toutes les ressources de l'antisepsie, d'abord pour la sécurité du patient, ensuite pour la réussite de l'opération. Or, c'est là une opération qui présente de nombreux écueils pour l'asepsie. La région, la mobilité du pansement, les efforts du malade qui tendent tous à le déplacer, sans compter la malpropreté ou plutôt la septicité habituelle de la région constituent des obstacles graves qu'il faut surmonter. On peut ajouter même à ces difficultés, ce qui paraîtra paradoxal, la facilité de guérison d'un bon nombre d'opérations de hernie étranglée. En effet, comme, après l'opération de la hernie étranglée, la plaie opératoire a peu de surface, comme l'écoulement est très médiocre, il arrive que malgré une antisepsie incomplète la réparation se fasse bien ou à peu près bien. Dès lors, le chirurgien conclut que le cortège des précautions qu'on lui recommande est inutile, il fait plus vite, plus brillamment,

guérit les trois premiers opérés, perd le quatrième et déclare que l'opération est dangereuse par elle-même, car il ne sait vraiment pourquoi le patient a péri puisque les autres avaient guéri. Ce n'est pas l'opération, c'est lui qui est dangereux par une confiance dans des procédés imparfaits contre lesquels nous avons vainement cherché à le prémunir.

Il est donc d'importance capitale d'insister sur tout ce qui peut être fait pour l'antisepsie, et je veux décrire minutieusement les procédés que j'emploie et que je conseille.

Le nettoyage de la région doit attirer l'attention tout d'abord. Ce nettoyage est difficile, aussi ne faut-il rien négliger. J'ai l'habitude de faire prendre au patient un bain alcalin. Je fais nettoyer toute la région avec l'eau de panama (décoction de *Quillaya saponaria*).

Ce nettoyage préalable étant fait, la région est lavée au savon et à l'eau phéniquée à 1/20, puis elle est rasée avec soin. Après le passage du rasoir, on lave de nouveau à l'eau phéniquée à 1/20 ; puis, des compresses trempées dans la solution phéniquée à 1/40 sont laissées sur place, pendant qu'on chloroformise le malade.

Pendant l'opération j'emploie la pulvérisation d'eau phéniquée à 1/20. A ce propos, j'ajoute que je n'emploie pas généralement la pulvérisation pour les opérations après lesquelles je puis laver tous les points de la plaie avec l'eau phéniquée forte. Mais, quand j'ouvre une grande séreuse, je crois cette précaution indispensable. Comme je ne pourrai atteindre les extrémités de la cavité ouverte, je veux qu'il ne puisse pénétrer qu'un air rigoureusement pur de germes.

Je dois encore à propos de cette pulvérisation faire une remarque indispensable. J'ai fait construire, il y a dix ans, par M. Collin, un pulvérisateur à vapeur (fig. 11) établi sur les principes donnés par le professeur Lister. Nous avons longuement travaillé les différents modèles pour arriver à des résultats satisfaisants. Puis l'appareil ayant paru bon il a été copié d'une façon plus ou moins exacte par bon nombre de fabricants. Mais ce qui manque à ces appareils ce sont précisément des détails qui en font la valeur. Il y en a par exemple qui sont destinés fatalement à sauter et cela est arrivé, parce qu'il faut donner aux chaudières une puissance infiniment supérieure à la pression à laquelle elles travaillent habituellement. Il est impossible de faire médiocre un appareil de cette sorte.

Mais ceci regarde surtout l'opérateur et voici qui regarde tout directement l'opéré pour la chirurgie abdominale. Tous ces appareils, sans presque d'exception, forment un nuage qui mouille. Dans ce cas ce pulvérisateur appliqué à la chirurgie abdominale mériterait les reproches qu'on adresse fort injustement selon moi à la pulvérisation.

J'ai toujours employé pour ma part le pulvérisateur dans toutes les opérations où j'ouvrais largement des séreuses. J'ai fait de ces opérations avec d'immenses surfaces étalées, sans en voir aucun inconvénient. Mais j'ai toujours employé l'appareil que j'ai fait construire par M. Collin et dont la pulvérisation est extrêmement fine.

Pendant le cours de l'opération je ne manœuvre que sur des parties environnées de compresses humides d'eau phéniquée, ayant moi-même les mains bien découvertes et toujours humides d'eau phéniquée.

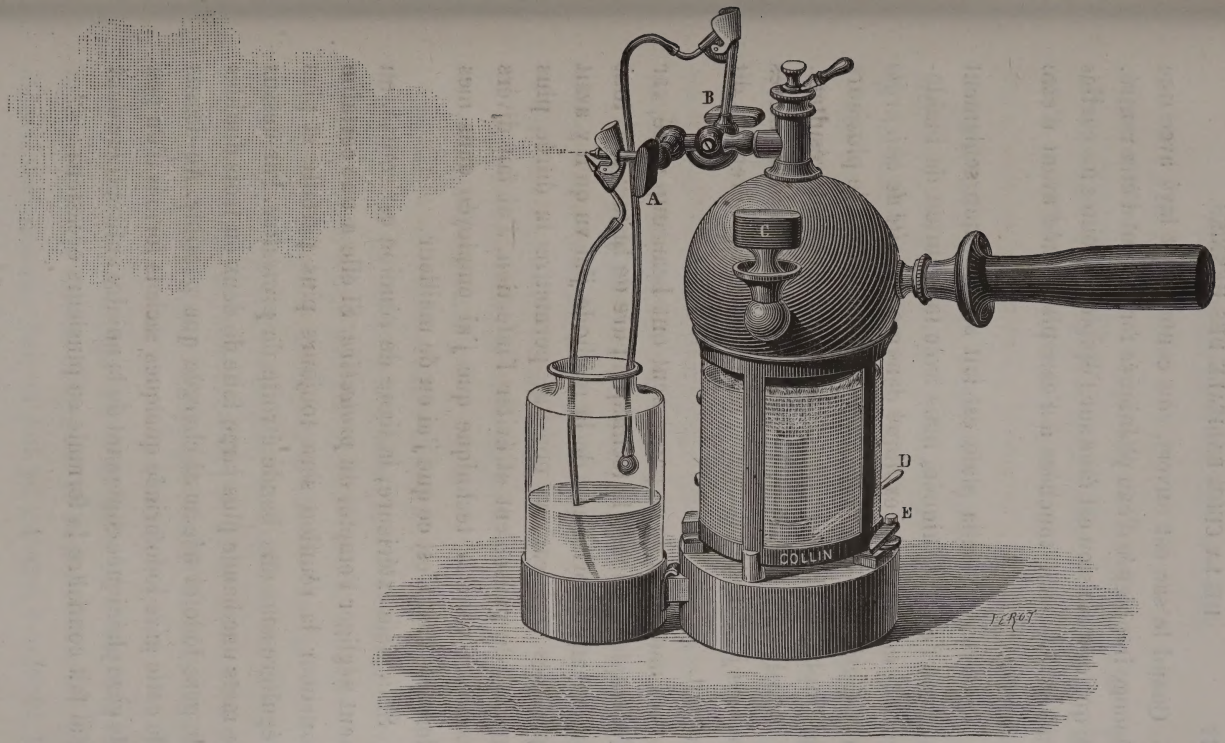

Fig. 11. — Pulvérisateur du Dr Lucas-Championnière.

Quand le sac est ouvert, son contenu est lavé avec une éponge imprégnée d'eau phéniquée forte avant d'être rentré. Si quelque excision est faite sur l'épiploon, toutes les parties intéressées sont touchées à l'eau phéniquée avant d'être rentrées.

Le nettoyage de la plaie est fait souvent non seulement avec de l'eau phéniquée, mais avec la solution de bichlorure de mercure. J'ai expliqué dans mon *Traité de chirurgie antiseptique* le but théorique de l'association de plusieurs antiseptiques. En pratique cela donne d'excellents résultats.

L'opération terminée, le drainage et les sutures placées comme je l'ai dit plus haut, le pansement proprement dit est fait.

Les matériaux de ce pansement ont beaucoup varié, car j'ai employé d'abord la technique pure de Lister; puis tout en suivant les principes de la méthode j'ai vu qu'il y avait quelques applications pouvant permettre la durée plus grande du pansement et éviter l'infection. J'ai fait divers essais et voici la technique que j'ai employée dans mes derniers cas. C'est ce que j'ai eu de meilleur.

Si la plaie extérieure, la ligne de réunion est courte, on peut négliger l'emploi du *protective*. Si elle a une certaine longueur la réunion sera toujours plus parfaite et plus régulière sous une bande étroite de *protective*. Par-dessus je mets une bande plus large faite de deux ou trois doubles de gaze iodoformée aussi chargée que possible. Au-dessus de cette gaze iodoformée quelques sachets formés d'un peu de gaze phéniquée contenant de la poudre antiseptique dont j'ai fait connaître la formule en plusieurs occasions :

Poudre d'iodoforme.....	parties égales en poids.
Poudre de benjoin.....	
Poudre de quinquina.....	
Poudre de carbonate de magnésie saturée d'essence d'eucalyptus.....	

Par-dessus quelques tampons de gaze phéniquée contenant de la charpie de bois au sublimé, une éponge humide et un mackintosh.

Ces étages successifs du pansement me permettent de le faire moins large que ne le recommande le professeur Lister; j'en dirai ailleurs les avantages. Un spica avec une bande de gaze ordinaire humide est fait, et de la ouate placée partout où il est nécessaire pour combler les vides et empêcher les excoriations par la pression des bandes.

Le spica doit être fait avec beaucoup de soin, car il doit comprimer très exactement. Pour l'appliquer correctement il faut placer sous le sacrum un pelvi-support ou plus simplement comme je le fais tous les jours un bassin renversé ou un paquet de livres.

On pourrait employer avec avantage pour la confection du spica une bande de gaze phéniquée. Par raison d'économie et aussi parce que j'ai de la sorte un bandage bien homogène, j'emploie de la gaze ordinaire imprégnée d'eau phéniquée. L'apprêt de cette gaze fait adhérer les uns aux autres les tours de bande desséchés, et de cette sorte est constituée une véritable masse qui rend le pansement très homogène.

Que restera ce bandage? En principe il sera enlevé si ses bords venaient à être tachés; mais si l'écoulement est médiocre, ceci n'arrive pas, et j'ai pu enlever à volonté le

pansement le troisième, quatrième, sixième, huitième jour.

Je ne conseille pourtant pas de dépasser le quatrième jour toutes les fois que l'opération a été très large. J'ai été à huit jours dans l'observation numéro 8 et dans plusieurs opérations de hernie étranglée, dont une ombilicale. Cela a des avantages pour le bien-être du patient. Mais la perfection de la réunion en souffre ; il vaut mieux renouveler le pansement un peu plus vite.

Il y a là une question de tâtonnement qui ne sera bien jugée en pratique que par un chirurgien très expert en la méthode antiseptique.

Quel que soit le jour, la levée du pansement sera faite avec pulvérisation et toutes les précautions d'usage. Le drainage peut être habituellement supprimé lors de cette séance de pansement ; s'il est nécessaire de le maintenir il sera très réduit. On verra si des régions voisines de l'orifice traumatique ont été souillées par l'urine, les matières fécales, les sécrétions, afin de les désinfecter.

Si ces régions très sensibles sont le siège d'éruptions eczémateuses, on les enduira de vaseline contenant un cinquième d'acide borique pulvérisé.

Puis le pansement sera refait dans les mêmes conditions, avec les mêmes matériaux, sauf l'éponge en certains cas. J'ajoute volontiers sous les derniers doubles du spica un tampon de linge formé par des compresses superposées.

Ce nouveau pansement est laissé de quatre à huit jours et sera remplacé par un semblable ou par un pansement pratiqué avec du lint boriqué enduit de pommade borique s'il n'y a plus qu'une plaie superficielle.

Dans ce dernier cas, un spica avec des éléments compres-

seurs sera placé. J'ai mis dans le pansement pour le numéro 6 une paire de bouchons assemblés, pour d'autres un seul bouchon. Chez mes derniers opérés, mon interne, M. Lavie, avait insinué une plaque de gutta-percha moulée qui fut d'un excellent effet.

Il y a intérêt même lorsqu'il n'y a plus besoin de pansement, à proprement parler, à les maintenir et même à garder le malade au lit pour la solidité ultérieure de la cicatrice. Ensuite commence le rôle du bandage sur lequel nous allons revenir.

Faisons remarquer seulement que si nous avons décrit un pansement un peu épais, un peu compliqué, c'est un pansement fait rarement. Il y a des opérés qui n'en ont subi que deux. D'autres en ont eu davantage, mais chaque nouveau pansement est de moins en moins important.

Toutefois, que l'on n'oublie pas que le pansement est un point capital. Telle opération aura bien réussi, avec une asepsie parfaite au début; le pansement un peu négligé à la fin laissera s'établir la suppuration, et, au lieu d'une cicatrice homogène bien solide, on aura une cicatrice toute prête pour la récidive.

Je ne cite que pour mémoire les accidents très graves et même mortels qui peuvent suivre des pansements insuffisants faits même pour une excellente opération très bien conduite.

En terminant, enfin, j'insiste sur ce fait que le séjour au lit le plus longtemps possible est indispensable. Plus il aura été sérieusement observé et plus parfaite sera la guérison. Dans l'observation VI où j'ai eu affaire à de graves difficultés, où j'ai dû faire une deuxième opération pour enlever la

partie inférieure du sac que j'avais laissée en place, j'ai trouvé là une condition très favorable. En effet, mon patient ayant subi deux opérations successives au lieu d'une a dû séjourner longtemps au lit, et cette circonstance me paraît avoir beaucoup contribué à la perfection du résultat.

CHAPITRE XII

CARACTÈRES ANATOMIQUES DE LA CURE RADICALE. EXAMEN DES OPÉRÉS. — PREUVES ET RÉSULTATS DE LA CURE RADICALE.

On dit souvent : « J'ai revu mon opéré, il était guéri ; il n'avait plus de hernie ; on ne sentait plus d'impulsion » ; ou bien « sa hernie était reproduite ». On fait une statistique qui est plus ou moins brillante et le lecteur reste fort peu instruit.

Après cette opération, il faut voir non seulement si l'opéré n'a pas de hernie nouvelle, mais quelles sont ses conditions anatomiques actuelles et savoir par là ce qu'il promet de résistance à la récidive. Cela est infiniment plus intéressant et plus probant que la statistique des hernies reproduites ou non. La non reproduction de la hernie peut être fortuite. Elle peut résulter de ce que les efforts n'ont pas été assez violents, de ce que la douleur empêche le patient de s'agiter, etc.

Au contraire, l'examen de nos opérés nous apprend non seulement qu'ils sont actuellement guéris, mais il nous montre en outre pourquoi ils doivent rester guéris.

Dès le début de la cure, si on observe les opérés après quelques semaines, on trouve le canal que suivait la hernie distendu par une sorte de bouchon, une sorte de paquet qui le remplit, au point qu'en certains cas on se demande s'il n'y a pas là quelque reproduction herniaire.

Cette masse diminue de volume, prend de la consistance, et quelques semaines plus tard ou bien après plusieurs mois d'intervalle on constate la présence d'un cordon fibreux qui est senti au point où était la hernie et semble se continuer avec la paroi jusque dans l'intérieur de la cavité abdominale. Si on examine un patient après plusieurs années, le caractère est encore bien plus prononcé. Le canal est réduit à une sorte de ligne dure constituée par ce retrait cicatriciel. Si l'individu est un sujet à paroi faible, on sent une impulsion au-dessus, mais point au niveau de la cicatrice.

On acquiert alors la preuve que ce qui oppose aux viscères chassés une barrière contre leur sortie de l'abdomen, ce n'est pas une faible adhérence due à un rapprochement artificiel des piliers, mais une sorte de fusion cicatricielle de tout ce qui constituait le canal et l'orifice herniaire. Si les éléments qui ont pris part à la formation de la cicatrice sont nombreux, épais, de large surface, la barrière est suffisante, puissante même. Si l'opération a été parcimonieuse, médiocrement faite, cette barrière existe à peine et l'on conçoit aisément que la récidive de la hernie en soit plus facile. Or, sur les neuf individus opérés complètement par moi suivant les règles que j'ai tracées, ces caractères de solidité ont été absolument identiques.

Chez eux, dès les premières semaines, on voit que ce ne sont pas les piliers qui résisteront à l'effort, c'est la cica-

trice qui résistera et celle-ci n'aura de valeur que parce qu'elle a une épaisseur sérieuse, parce que des surfaces importantes ont pris part à sa constitution.

L'avenir de cette cicatrice est assuré dans de certaines conditions. Elle est solide d'abord parce qu'elle est due à une réparation sans suppuration. C'est une erreur très répandue de croire le contraire ; l'expérience nous montre que les cicatrices de première intention sont de beaucoup les plus solides.

Puis cette cicatrice déjà résistante au début, au lieu de faiblir, deviendra de plus en plus puissante parce que nous la soutiendrons. C'est là un fait dont on n'a pas assez parlé. Une cicatrice jeune quelle qu'elle soit n'est jamais assez puissante pour résister à elle seule. Elle subit une sorte d'évolution secondaire de consolidation. Si elle est soutenue suffisamment dans cette période, elle devient forte et il arrive un instant où elle suffit contre tous les efforts.

On a un exemple très curieux de faits du même ordre dans la production des éventrations après l'ovariotomie. Bien des auteurs paraissent s'être trompés sur le facteur principal de cette éventration. On a discuté pour savoir si le péritoine doit être suturé ou non, si les doubles plans de suture sont nécessaires pour éviter l'éventration ; tout cela nous paraît tout à fait accessoire à côté du traitement consécutif. Si vous faites lever une malade de trop bonne heure, si la cicatrice n'est pas soutenue longtemps par des pressions énergiques, les chances de l'éventration sont considérables.

Telle malade, qui avait une cicatrice irréprochable, fait des mouvements désordonnés au bout de deux ou trois

mois, et vous voyez naître une éventration; j'ai observé de très près le fait chez une malade à laquelle j'avais pratiqué avec succès l'opération césarienne (mode de Porro).

Certainement une des raisons qui rendaient bien plus communes les éventrations avec la méthode du pédicule en dehors était que longtemps l'application d'un bandage de soutien était impossible.

Il résulte de ce que nous avons dit, que le bénéfice de la cure radicale n'a guère de chance d'être assuré que si la cicatrice, tout au début, est très exactement soutenue, dès le moment même de sa formation, puis il faut encore que ce soutien soit continué pendant cette sorte d'évolution secondaire du tissu cicatriciel qui s'effectuera pendant un temps peut-être fort long.

En effet, le temps nécessaire à cette évolution n'est pas fixé; peut-être aussi est-il variable. Il en résulte qu'il est de notre devoir de consolider, de protéger longtemps la cicatrice. C'est affaire de prudence excessive quelquefois, car nous avons des preuves qu'il nous arrive d'exagérer cette durée. Il est certain que quelques opérés abandonnés à eux-mêmes jettent bien vite le bandage et malgré cela restent guéris. Cependant même après un long laps de temps si le patient devait faire des efforts violents, si surtout il devait faire des efforts de toux très répétés, il serait sage de lui placer un bandage. Rappelons en passant qu'au point de vue des accidents herniaires, la toux constitue la pire des conditions. Il est bon que l'opéré soit prévenu qu'il trouvera là une des causes les plus puissantes de récidive.

Voici donc ce que l'on peut constater localement chez

tous nos opérés : création d'une cicatrice résistante, véritable barrière dont la puissance ira en augmentant. Partout où on présentera un opéré qui ne remplirait pas cette condition, on pourra dire qu'on n'a pas de garantie de la cure radicale. Mais partout où on la trouvera, même si l'opération est peu ancienne, cette disposition est un gage certain que la récidive a bien peu de chance. Les cas anciens me permettent d'affirmer qu'il en est ainsi et pourquoi il en est ainsi.

Ces cas anciens permettent aussi d'affirmer que les vues que nous avons fait connaître sur l'importance des détails opératoires sont exactes. Mes dernières opérations donneront certainement encore de meilleurs résultats que les premières ; dans celles-ci, en effet, nous cherchions déjà à détruire la séreuse très haut, mais nous y mettions moins de hardiesse. Nous apportions aussi moins de soins dans le traitement consécutif. Qu'en est-il arrivé? Nous n'avons pas de récidive; notre cicatrice n'a pas été franchie par les viscères. Mais ceux-ci viennent battre une cicatrice plus courte au-dessus de laquelle on les sent. Ces patients auront besoin d'être protégés davantage par le bandage. Les derniers opérés auront un résultat plus complet, et d'emblée, on doit voir chez eux les dispositions anatomiques qui caractérisent ce résultat plus parfait.

Amélioration des fonctions. — Déjà cette modification de l'état local se traduit par une série de modifications fonctionnelles :

1° Les patients commencent par exprimer la satisfaction qu'ils éprouvent à rester debout sans malaise, sans fatigue. En effet, chez tout individu dont les anneaux sont très

larges, la station debout est pénible. Bien des hernieux nous disent combien le moment où ils peuvent s'étendre est ardemment souhaité par eux.

Pour l'effort, la modification est plus grande encore, la puissance des mouvements augmente dans une proportion variable, mais toujours très remarquable. Dans certains des cas que j'ai opérés (n° 2 surtout), le défaut de force était très marqué; il y avait incapacité pour les efforts au point de rendre tout travail impossible. L'opération faite, la possibilité des efforts est retrouvée et quelques-uns de nos opérés ont pu reprendre des travaux très durs.

La disparition des douleurs est un fait important à noter, car plusieurs de nos opérés souffraient constamment avant l'opération. Tout cela disparaît. La gêne du bandage, qui peut être notée d'abord, se dissipe bien vite. Il semblerait *a priori* qu'elle dût être plus importante à cause de la pression sur une cicatrice neuve. Mais elle passe rapidement et le bandage à large pelote ne cause plus ni gêne ni douleur, comme le bandage puissant que portaient ordinairement les sujets avant l'opération.

CHAPITRE XIII

BANDAGE

L'application d'un bandage après une cure radicale est une partie du traitement, partie fort importante et sur laquelle n'ont pas suffisamment insisté les auteurs qui ont traité de la cure radicale. On se contente de dire : l'opéré portera un bandage, puis c'est tout. Il arrive alors que le lecteur malveillant ne s'informe guère de savoir ce que fait ce bandage et conclut qu'il était bien inutile d'opérer, puisque le malade porte bandage comme s'il n'avait pas été opéré.

Tout cela ne me paraît pas suffisamment étudié. Il est aisé de concevoir que lorsque l'opération que j'ai décrite a été faite, lorsqu'un tissu cicatriciel étendu mais tendre est en voie de durcissement, de perfectionnement, il ne saurait être encore en état de soutenir l'effort sans cesse renouvelé des viscères, et il en serait de même pour tous les cas où on voudrait faire jouer un rôle de résistance à un tissu cicatriciel jeune. Il faut qu'il soit soutenu.

Faut-il alors se contenter de dire que l'opéré portera

bandage et lui placer un des nombreux bandages déjà fort habituellement imparfaits pour la contention d'une hernie qui est faite. Certainement non; cela ferait de détestable besogne. Dans la plupart des bandages, la pelote appuie en définitive par une sorte de bec. Elle mord à l'endroit où l'orifice doit être défendu, et ce bec, cette saillie, fixe l'effort du ressort maintenu par le sous-cuisse en un point très étroit. Si vous mettez un semblable bandage à un opéré auquel vous avez fait une large cicatrice dans la profondeur des tissus, vous ne soutiendrez qu'un point étroit de la cicatrice; les viscères viendront battre toute la région située au-dessus, et le bandage ne réussira qu'en partie à vous défendre de la récidive. C'est malheureusement ce que l'on fait le plus souvent.

Si, au lieu de cela, vous avez un bandage à large pelote couvrant largement la surface tout entière qui répond au décollement du sac, un bandage maintenu par un sous-cuisse de bonne forme, en position fixe autant que possible, ne pouvant être déplacé au gré du malade, vous allez soutenir la région de votre opération comme avec la main.

C'est là ce que m'a fait pour sept de mes opérés M. Rainal, et j'ai été si satisfait du résultat de ces bandages que j'ai grand regret de n'en avoir pas fait appliquer aux autres, différentes circonstances m'ayant empêché de le faire.

Ce bandage large soutenant la cicatrice, la paroi du ventre, est-il comparable pour ses inconvénients au bandage qui contient les hernies? Certainement non. Il faut n'avoir jamais étudié la question, il faut n'avoir jamais examiné un opéré qui en soit pourvu pour l'affirmer. Il n'y a du reste à cet égard qu'à interroger les malades qui ont été tous

longtemps tourmentés par leur bandage, ils vous expliquent aisément la différence.

Pour l'application de ce bandage quelques tâtonnements sont nécessaires, bien qu'il soit doux, bien que la surface de la pelote soit large et peu irritante, il n'est pas toujours aisé de l'appliquer immédiatement, et, comme je l'ai dit plus haut, on est obligé de faire conserver le pansement assez longtemps pour que la région opérée devienne insensible. Le pansement seul peut appuyer et la soutenir d'abord; on essaie peu à peu le bandage. Plus la plaie d'opération a été large, plus on devra attendre pour placer le bandage. Toutefois, on n'exagérera pas cette attente, parce que, aussitôt que l'opéré commence à marcher régulièrement, il est important que le bandage soutienne la région.

Combien de temps l'opéré doit-il porter bandage? C'est chose bien difficile à fixer comme je l'ai déjà dit plus haut. De même qu'il faut varier son opération avec les cas, il faudra varier pour le port du bandage. Dans les cas de hernie énorme, avec un anneau très large qu'il a fallu soutenir par des autoplasties complexes, je serais disposé à le faire porter presque indéfiniment, au moins pendant plusieurs années, à le faire remettre quand le patient doit faire des efforts énergiques, surtout s'il était pris de quelques maladies s'accompagnant d'accès de toux violent.

La toux est en effet une cause redoutable de formation des hernies et joue un rôle important dans la récidive après l'opération.

A tous mes opérés, j'ai conseillé le port du bandage, mais le numéro 1 après l'avoir porté pendant quelques

mois l'avait à peu près abandonné, je l'ai revu trois ans après, sur mon conseil il l'avait repris.

Le numéro 4, Pittarelli, au bout de six mois ne le portait pas sérieusement.

Une femme (numéro 5), le portait mal sur sa chemise et sans sous-cuisse.

Un garçon que j'ai opéré après une hernie étranglée, en

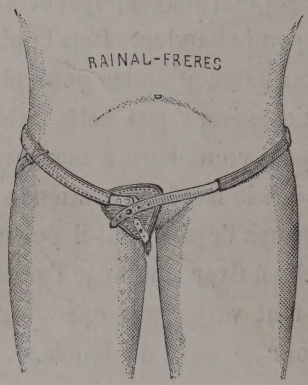

Fig. 12. — Bandage à pelotte large.

lui pratiquant la castration, ne le portait jamais. Je l'ai revu après une année.

Que résulte-t-il de ces observations? Que nos opérés pourraient se passer de leur bandage beaucoup plus que nous ne leur disons! J'en suis convaincu. Je suis convaincu aussi qu'au bout de dix-huit mois ou deux ans la cicatrice a acquis une résistance très suffisante pour que le bandage soit habituellement inutile.

Même convaincu de cela, je dis aux opérés; portez un

bandage qui ne vous gêne guère, qui peut être léger, dont la pression n'est pas douloureuse, il vous met à l'abri des surprises et vous assure contre la récidive.

Toutefois avec des conditions favorables d'âge, d'étroitesse d'anneau, de bonne musculature, après ce laps de temps écoulé, on pourrait permettre de supprimer le bandage tout à fait. Certaines conditions sociales, certaines

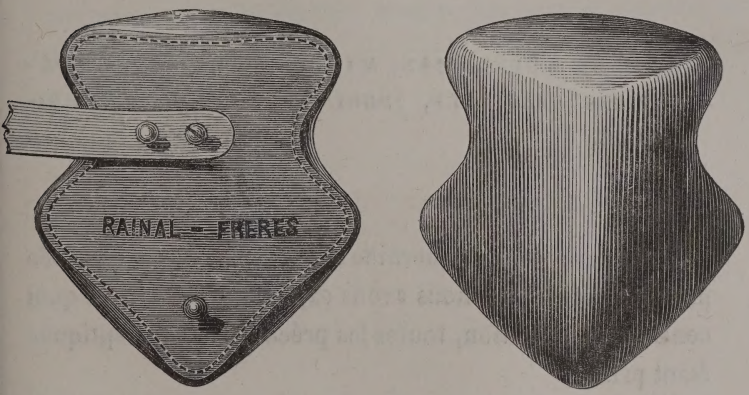

Fig. 13. — Pelotte vue dans les deux sens.

indications de l'opération auraient pu favoriser cette détermination.

Les figures 12 et 13 représentent le bandage que je recommande et que M. Rainal construit pour mes opérés; on voit que la surface de la pelotte est très large que le sous-cuisse fait corps avec le bandage et surtout que la convexité de la pelotte est très large. Elle appuie par une surface très étendue, elle est efficace, elle n'est pas pénible à supporter.

CHAPITRE XIV

RÉSUMÉ DE L'OPÉRATION, MANUEL ET GUIDE. — OPÉRATIONS SPÉCIALES, INGUINALE, CRURALE, OMBILICALE.

Si nous supposons un hernieux étudié, l'opération décidée pour les motifs que nous avons exposés ci-dessus, en quoi consistera l'opération, toutes les précautions antiseptiques étant prises?

1° Incision de la peau;

2° Dissection jusqu'au sac;

3° Incision du sac, traitement de l'épiploon, réduction des viscères;

4° Traction sur le sac et dissection jusque dans l'abdomen;

5° Ligatures sur le collet;

6° Suture au-dessous;

7° Autoplastie s'il y a lieu. Sutures de la peau;

8° Pansement compressif;

9° Bandage spécial.

Quel que soit le siège de la hernie la conduite du chirurgien sera la même.

La hernie ombilicale seule me paraît donner lieu à une manœuvre spéciale que je n'ai appliquée qu'au cours de l'ovariotomie, et qui consiste à dédoubler la paroi au voisinage de l'anneau. Sans cette précaution les deux lèvres de la paroi très amincie ne s'accolent que par une petite surface, et ne donneront pas un plan assez solide pour résister à l'éventration.

Quant aux hernies plus rares toutes sont justiciables des principes que j'ai établis. L'opération variera comme la région.

CHAPITRE XV

CONCLUSIONS. — INDICATION DE L'OPÉRATION

Arrivé au terme de ce travail qui comprend nombre d'exemples à l'appui (Voy. les dix observations) il me paraît à peine besoin de conclure.

Il y a des cas nombreux où une hernie peut être guérie.

L'opération laborieuse nécessite un repos assez prolongé, mais est peu grave.

Elle met à l'abri des accidents ou complications herniaires de l'avenir.

Les succès de l'opération que je propose sont avérés. Sur dix cas j'ai pu l'appliquer neuf fois; et neuf fois j'ai eu des succès évidents. Dans aucun des cas on n'a observé d'accidents.

La persistance de la cure résulte certainement non seulement du procédé opératoire suivi mais de la perfection et de la minutie avec laquelle il aura été appliqué.

La sécurité du patient résulte surtout de l'application scrupuleuse de la méthode antiseptique. Une semblable opération ne devrait jamais être entreprise en dehors des

conditions spéciales d'aide et de matériel absolument parfait.

Enfin la persistance de la cure résultera des soins donnés au patient, du mode de protection, puis de l'application de bandages appropriés faciles à porter et à surveiller.

CHAPITRE XVI

CURE RADICALE DANS L'OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE

J'ai voulu séparer ce chapitre complètement de ceux consacrés à l'opération de la cure radicale de la hernie non étranglée. Quoique cela n'entrât pas dans mon sujet, j'ai tenu à parler un peu de l'opération après étranglement, d'abord parce qu'il y a là un gros intérêt pratique et ensuite parce que c'est sur cette opération que j'ai fait mon éducation pour venir ensuite à la véritable cure radicale.

Il y a longtemps en effet que, systématiquement, j'ai fait la cure radicale dans tous les cas de hernie étranglée. Je dis tous les cas et je ferais mieux de dire presque tous parce qu'il y a quelques cas où il est sage de ne rien tenter. Ce sont ceux où la dépression résultant de la maladie ou de l'âge est telle qu'il faut bien se garder d'ajouter la plus petite manœuvre à ce qui est rigoureusement nécessaire. J'ai vu de temps en temps de ces malades dans les hôpitaux et en ville, lorsque les patients ont longtemps hésité à vous

faire appeler, ou lorsque des efforts de taxis immodérés ont été pratiqués.

Mais, dans l'immense majorité des cas je la fais.

En quoi consiste l'opération? les principes sont exactement les mêmes : dissection du sac, étirement de la séreuse au voisinage de l'anneau, ligature multiple et résection du collet de la séreuse.

L'épiploon a été traité par l'excision.

Ensuite : sutures profondes, sutures superficielles et drainage.

L'opération, vu la distension préalable du sac, est plus facile après la hernie étranglée, au moins pour les premiers temps à exécuter.

Toutefois, si le débridement sur le collet a été multiple on est exposé à faire incomplètement l'extirpation du sac séreux sectionné au niveau du collet.

Comme je l'ai dit plus haut j'ai complété une de mes opérations par l'amputation du testicule.

Je puis dire que je n'ai jamais vu d'accident imputable à cette cure radicale. J'ai observé après plusieurs mois ou plusieurs années les résultats favorables de cette opération. Et bien, ces résultats sont excellents. Dans les plus mauvaises conditions d'âge et de faiblesse musculaire, j'ai vu les résultats de la cure conservés. J'ai eu quelques occasions de revoir des opérés longtemps après et sans récidive. Je n'ai observé de récidive que chez quelques-uns de mes premiers opérés.

Ce qui doit caractériser une kélotomie destinée à être suivie de cure radicale c'est la minutie apportée dans l'isolement du sac. Il est certain que dans ces cas le chi-

rurgien ne doit être préoccupé ni de briller ni d'aller vite.

La paroi du sac est plus friable que dans les opérations faites sans étranglement, il faut donc redoubler de surveillance pour n'en pas laisser échapper les débris. Le fait de la congestion péri-herniaire rend aussi la chose un peu plus difficile, les vaisseaux sont très saignants, et tandis que la kélotomie simple se fait souvent à blanc, la kélotomie avec cure radicale nécessite souvent l'application de pinces hémostatiques.

Ainsi l'opération est de durée assez longue et sensiblement plus laborieuse que la kélotomie simple. C'est là ce qui m'engage à l'épargner aux individus qui me paraissent trop déprimés pour la supporter. Mais pour tous les autres, je considère comme un devoir de profiter de la circonstance de l'opération pour les débarrasser de la hernie.

Je dois dire du reste que je suis très généreux dans l'application de ce perfectionnement opératoire ; un de mes meilleurs cas de l'année dernière est la cure radicale de la hernie crurale sur une vieille femme de soixante-dix ans que j'opérais de la hernie étranglée. Elle guérit très rapidement et sortit à son grand étonnement parfaitement indemne de sa hernie. On voit que tout en faisant des réserves pour les plus mauvais cas, je ne crains pas d'appliquer l'opération chez des patients même dans de mauvaises conditions.

OBSERVATION I

HERNIE INGUINALE GAUCHE AVEC ÉPANCHEMENT LIQUIDE ; INCOERCIBLE. — VARICOCÈLE. — OPÉRATION DU VARICOCÈLE PAR LIGATURES MULTIPLES. — CURE RADICALE DE LA HERNIE PAR EXTIRPATION DU SAC : OUVERTURE DU SAC, DISSECTION ET LIGATURES DU COLLET DU SAC. — APPLICATION DE BANDAGE MÉDIOCREMENT FAITE. — GUÉRISON. — LE PATIENT REVU AU BOUT DE CINQ ANS RESTE GUÉRI, AUCUN INTESTIN NE FRANCHIT LE CANAL ; IL PORTE UN BANDAGE LÉGER.

Le nommé Pitié Philippe, vingt et un ans, commis, entré le 25 mai 1881, salle Saint-Michel n° 11. Adressé par le Dr Jourjon.

Garçon bien portant, malgré quelques légères attaques de rhumatisme ; il présente depuis un an environ une grosseur dans les bourses du côté gauche. Il ne sait cependant si cette tumeur ne remonte pas à une époque beaucoup plus éloignée, s'il n'avait quelque chose dans l'enfance dont la tumeur actuelle ne serait que la continuation. En tout cas, depuis cinq ou six mois, la tumeur a beaucoup augmenté, est devenue douloureuse, jusqu'à lui faire garder le lit. La marche est très fatigante, pénible même. Il a essayé de porter un bandage, mais il lui a été impossible de le supporter. La tumeur se réduit bien puis se reproduit toujours sous le bandage. Un suspensoir le soulage. Il vient d'être exempté par le conseil de revision.

En l'examinant, on constate une tumeur allongée descendant du canal inguinal gauche vers le testicule. Cette tumeur transparente contient manifestement du liquide qui rentre très facilement dans le ventre. Mais en outre, il y a entérocèle et la sonorité de la tumeur à sa partie supérieure ne peut laisser de doute. Les veines du cordon sont très dilatées donnant bien la sensation d'un paquet de ficelle. Varicosités sur le scrotum. Si on fait marcher le patient, on constate l'augmentation de volume de la tumeur, la distension des veines, la gêne de la marche.

A cause de son varicocèle, il est difficile de lui faire supporter un bandage. En outre, probablement à cause du liquide qui glisse

sous la pelote, le bandage ne contient pas du tout la hernie. Aussi le patient demande une opération qui le soulage.

Le 16 juin 1881, le malade étant chloroformé, M. Championnière fait sur le trajet du canal et de la tumeur une longue incision. Il arrive sur les veines qui entourent le cordon; plusieurs grosses veines sont liées et sectionnées entre deux ligatures de catgut. Le canal déférent est détaché du sac avec beaucoup de peine. Le sac est isolé complètement jusque dans le canal inguinal. — Les viscères sont réduits et la partie pénétrant dans l'abdomen est liée en trois portions distinctes avec trois fils de catgut (Voy. fig. 5, p. 43). Le sac est reséqué au-dessous. Deux points de suture hauts et profonds ferment le canal qui a maintenant des parois saignantes. Sur la plaie, quatre points de suture plus superficiels (tous ces points au crin de Florence). Tube à drainage en bas. Pansement de Lister.

Pas de fièvre le soir.

17 juin. — Quelques élancements, pas de fièvre. Pansement, on enlève des fils.

18 juin. — Pansement, on enlève des fils. Douleurs articulaires assez vives dans l'articulation coxo-fémorale, et le genou droit. Salicylate de soude, 4 grammes.

20 juin. — Pansement, on retire le tube, très bon état.

23 juin. — Pansement.

27 juin. — Pansement, la réunion immédiate est presque complète. Il ne reste plus qu'une plaie superficielle linéaire.

29 juin. — Pansement à la ouate salicylée. Cicatrisation presque complète.

2 juillet. — Pansement, ouate salicylée. Cicatrisation complète.

10 juillet. — Application d'un bandage herniaire qu'il supporte parfaitement. Il n'y a plus de gonflement variqueux. Le malade sort le lendemain 11, vingt-quatre jours de séjour après l'opération.

Deux mois après, l'opéré est venu se montrer. Il était dans la meilleure situation. On lui conseille de porter son bandage.

Pitié est de nouveau revu le 12 juin 1883. Le maintien de la cure est complet, absolument comme au premier jour. Au niveau du point où le sac a été enlevé, cicatrice rétractée et relevée, ce qui tient à la hauteur à laquelle la dissection du sac a été faite.

Il y a un peu d'impulsion au-dessus, mais aucune tendance à la sortie de la hernie.

Le varicocèle existe comme après l'opération ; c'est-à-dire que la peau des bourses est trop longue ; et le malade est obligé de porter un suspensoir. Il avait durant quelque temps supprimé le bandage, mais sur nos représentations, il a commencé à le porter de nouveau et s'en trouve bien.

M. Championnière revoit ce malade le 15 mai 1886, soit près de cinq ans après l'opération. Le résultat fonctionnel est très bon. Le sujet porte un bandage très léger, trop léger même et sans sous-cuisse.

Son varicocèle a récidivé, le testicule est pendant, et quoique les veines soient moins saillantes qu'autrefois il doit porter un suspensoir.

Quant à la région herniaire rien ne franchit l'anneau, la cicatrice qui occupe la partie inférieure du canal inguinal est solide et tirée en haut. Toutefois elle est plus courte que dans les faits suivants et les intestins viennent battre sa partie supérieure. Un bandage presque insignifiant suffit à prévenir la récidive, mais il est probable que si le sujet l'abandonnait et se livrait à des travaux violents la récidive aurait chance de se produire.

En somme, l'état de cet opéré est très satisfaisant. Lui-même le proclame bien hautement et cependant son traitement a présenté des conditions un peu défavorables. D'abord la dissection n'a pas été poursuivie aussi haut chez lui que chez les opérés suivants.

Il s'est aussi levé plus vite que les suivants.

Enfin l'application du bandage a été mal réglée. Lors de sa sortie de l'hopital on ne pouvait le décider à porter de bandage. Plus tard il le portait très mal. Ce n'est qu'après plusieurs mois qu'il s'est décidé à porter un bandage trop léger et trop étroit. La même faute n'a plus été commise sur les suivants.

Malgré tout cela il n'y a pas de récidive à proprement parler ; son état actuel diffère peu de son état à la sortie et toutes les chances sont pour qu'il se maintienne longtemps ainsi. Aujourd'hui il fait peu d'exercice de force ; mais peu après l'opération il en faisait souvent.

OBSERVATION II

HERNIE INGUINALE ÉNORME DESCENDANT PRÈS DU GENOU. — RÉSECTION D'UN TRÈS GRAND SAC CUTANÉ PUIS D'UN SAC SÉREUX, CINQ LIGATURES AU COLLET DU SAC, AUTOPLASTIE PAR UN LAMBEAU PLUSIEURS FOIS REPLIÉ. — TRENTE ET UN POINTS DE SUTURE SUPERFICIELLE SUR LA PLAIE. — GUÉRISON OBSERVÉE CINQ ANS PLUS TARD. — CONSERVATION PARFAITE DES RÉSULTATS.

La nommée Maria Bertin, femme Lorion, trente ans, domestique, adressée par le Dr Dambax.

Entrée le 27 juin 1881, salle Richard Wallace, 11. Opération 5 juillet 1881, sortie le 1er août.

Santé générale bonne, six enfants à terme. Après la naissance de son premier enfant, il y a treize ans, elle a éprouvé un sentiment de gêne, de pesanteur et quelques tiraillements dans la région inguinale droite.

Trois ans après, on y constatait la présence d'une saillie réductible et indolore. Le volume de la tumeur a augmenté lentement jusqu'à il y a un an pour arriver au volume d'une orange. La malade a porté un bandage. Le volume de la tumeur est devenu énorme, puis il a été impossible de la contenir.

Quand la malade est debout, elle présente à la racine de la cuisse droite une énorme tumeur qui, de la partie supérieure de la grande lèvre, descend jusque vers le milieu de la cuisse ; et après un peu de marche presque jusqu'au genou. Quand elle se couche, la tumeur diminue beaucoup et se réduit aisément. Tous les doigts de la main pénètrent dans l'anneau, et l'on conçoit qu'aucun bandage ne puisse la maintenir. La tumeur est d'ordinaire très sonore, contenant surtout des anses intestinales.

Quand on maintient tous les doigts de la main dans l'anneau, on peut s'opposer à peu près à la sortie de la hernie sous l'influence des efforts.

La patiente, cuisinière, à laquelle tout travail devient impossible, demande avec instance une opération.

Le 5 juillet 1881, pendant la chloroformisation, M. Championnière circonscrit la tumeur par deux grandes incisions semi-elliptiques, qui permettent d'abord la dissection des parois du sac.

La hernie est alors réduite, et la dissection du collet du sac est poursuivie jusque dans l'abdomen ; quand ce collet a été détaché le plus possible de la paroi abdominale et de l'anneau, ce collet du sac est fermé par cinq ligatures de catgut, enchevêtrées, comme dans la figure 6 de la page 44 ; puis le sac et les enveloppes cutanées sont réséqués. Sur la peau, en dehors de la plaie, est avivé un lambeau assez large pour boucher la baie de la paroi abdominale au niveau du collet du sac. La partie cutanée est complètement avivée, puis ce lambeau est retourné trois fois sur lui-même de façon à remplir comme un bouchon toute la partie béante de l'anneau. Il est fixé en place par deux ou trois points de suture au catgut abandonnés dans la profondeur des tissus. La plaie est suturée d'un bout à l'autre ; et à la partie supérieure, les lèvres de la plaie sont suturées par-dessus ce lambeau inséré au niveau de l'orifice.

Trente et un points de suture réunissent cette longue plaie. Aux deux bouts, un gros tube à drainage.

6 juillet. — Bon état général. Écoulement de liquide très abondant, pansement renouvelé ; drains raccourcis. Enlèvement de huit points de suture. On sonde la malade, pour qu'elle n'urine pas dans son pansement.

Le 7. — Pansement renouvelé, douze points de suture enlevés ; drains très raccourcis.

Le 9. — Pansement. Enlèvement des derniers points ; un peu de recroquevillement des lèvres vers le milieu de la plaie ; les drains sont enlevés.

Le 11. — Pansement.

Le 14. — Pansement avec ouate salicylée et onguent boriqué.

Le 17. — Pansement. La cicatrice, jusque-là saillante, s'aplatit.

Le 23. — Pansement. Vingt-cinq jours de séjour après l'opération.

Le 1er août, la malade sort munie d'un bandage Rainal dont la pelotte triangulaire fort large couvre toute la cicatrice de la paroi abdominale. Ce bandage est d'abord mal supporté, car le lambeau de peau renversé contre la baie de la paroi abdominale fait

une saillie et la pression de la pelotte à sa surface est un peu irritante et douloureuse. Mais plus tard cette saillie s'affaisse, la cicatrice devient très homogène, et en quelques semaines la malade est très habituée à ce bandage.

Au moment du départ, les résultats sont satisfaisants, la cicatrice dans le canal ou plutôt l'orifice herniaire est épaisse, volumineuse ; on ne sent aucune impulsion. L'induration constituée par cette cicatrice remonte dans le ventre beaucoup plus haut que celle observée sur l'opéré précédent ; on la suit en quelque sorte dans le ventre.

Cette femme a été revue une première fois au commencement de 1882. Elle était dans l'état le plus satisfaisant, il n'y avait pas apparence de retour de la hernie ; le bouchon oblitérait bien l'orifice.

La malade a été encore revue deux ans plus tard, puis en 1885. A cette époque, le résultat opératoire s'était bien maintenu. Le canal était oblitéré par une cicatrice et un bouchon dur. A la longue, la saillie du bouchon autoplastique avait diminué, puis il était devenu tout à fait insensible. La patiente se livrait sans aucune gêne aux travaux les plus pénibles que nécessitaient un état de profonde misère. Un bandage lui fut remis, celui qu'elle portait auparavant était devenu complètement insuffisant, et malgré cela aucun accident n'était survenu.

Cette malade est revenue pour la dernière fois, le 18 mai 1886, cinq ans moins deux mois après l'opération. Au point de vue fonctionnel aucun état ne peut être plus satisfaisant. Cette femme va en journée ; durant les premières années elle s'est placée surtout comme lavandière. Aujourd'hui elle a trouvé à faire de la couture dans la lingerie, ce qui est un peu moins fatigant. Elle n'a jamais cessé de travailler, élève deux enfants et fait en outre de ses occupations de lingère tous les travaux les plus durs du ménage. Elle continue à porter son bandage qu'elle regarnit de temps en temps.

Localement on constate une cicatrice ramassée sur elle-même, étendue du bas de la grande lèvre droite, jusqu'un peu au-dessous de l'épine iliaque, antérieure et supérieure. Cette cicatrice semble plonger dans le canal inguinal, ou pour mieux dire elle se continue avec des tractus durs et résistants qui pénètrent la paroi

abdominale. Aucun chemin en haut n'est fait par les viscères dans cette paroi qui est partout résistante. On ne sent pas d'impulsion. Il est impossible aujourd'hui de se représenter quelle difformité grave a été guérie radicalement. Étant donnée la puissance de la cicatrice on pourrait peut-être supprimer le bandage ; mais la patiente ne se soucie pas de courir les chances d'un pareil essai, elle a du reste tellement l'habitude de son bandage qu'elle n'en est pas gênée. Ce dernier dure depuis deux ans, et tenu très proprement n'est pas altéré.

OBSERVATION III

HERNIE CRURALE GAUCHE DOULOUREUSE ET IRRÉDUCTIBLE, IMPOSSIBILITÉ D'APPLIQUER UN BANDAGE. — TENTATIVE DE CURE RADICALE. — OPÉRATION INCOMPLÈTE A CAUSE DE L'ADHÉRENCE DES INTESTINS AU SAC PÉRITONÉAL. — PERSISTANCE DE LA CURE PENDANT SIX MOIS, RÉCIDIVE. — LA HERNIE RESTE RÉDUCTIBLE, INDOLORE ET PARFAITEMENT TOLÉRANTE POUR LE BANDAGE. — REVUE AU BOUT DE QUATRE ANS ET DEMI.

La nommée Antonia Lambert, âgée de trente-deux ans, est entrée le 1er septembre 1881 à l'hôpital Tenon, salle Boyer. Elle portait au pli de l'aine à droite une petite hernie crurale du volume d'un marron. Cette hernie est le siège de douleurs spontanées assez vives. Il est impossible de la réduire. Les efforts de taxis sont du reste fort douloureux ; la compression d'un bandage est intolérable. Elle est déjà venue consulter plusieurs fois et est décidée à une opération radicale.

Le 1er septembre cette femme étant endormie une incision est faite sur la tumeur. La paroi du sac paraît très mince. Elle est ouverte avec les plus grandes précautions ; ces précautions sont bien nécessaires, car la paroi intestinale est fusionnée avec les parois du sac. Celui-ci ne peut être décollé que dans une petite étendue. Une petite portion d'épiploon adhérente au sac est liée et réséquée avec la portion de sac correspondante. Cela permet de faire les incisions sur le sac jusque vers le collet. Cela fait

quatre lambeaux inégaux et adhérents à l'intestin. Celui-ci se réduit bien avec ses lambeaux. Un point de suture au catgut très profond. Quatre ou cinq points superficiels avec le crin de Florence ; drain. Guérison très rapide, sortie le 10 octobre. La malade est munie d'un bandage qu'elle supporte très bien.

Elle a été revue plusieurs fois. On ne sentait aucune impulsion.

Au bout de six ou sept mois elle fut prise d'une bronchite très intense ; c'était aussi le moment du début d'une nouvelle grossesse. La hernie se reproduisit. Mais elle était désormais bien réductible, non douloureuse et facile à contenir par un bandage.

La patiente a été revue bien des fois, est venue subir à l'hôpital un accouchement prématuré ; le bénéfice de l'opération s'est bien maintenu.

En avril 1886 elle a été revue à l'hôpital. Elle conserve le bénéfice de son opération en ce sens que la hernie ne présente aucun accident douloureux ; elle est très bien réductible et très bien maintenue par un bandage ordinaire.

OBSERVATION IV

ENTÉRO-ÉPIPLOCÈLE GAUCHE AVEC HYDROCÈLE. — HERNIE CONGÉNITALE AVEC LIQUIDE ABONDANT INCOERCIBLE D'ABORD PUIS IRRÉDUCTIBLE. — OUVERTURE, ÉCOULEMENT DE LIQUIDE, RÉSECTION D'UNE ÉNORME MASSE D'ÉPIPLOON, RÉSECTION DU SAC. — PERSISTANCE DE LA CURE RADICALE OBSERVÉE AU BOUT DE SIX MOIS (Observation par M. Doyen, interne du service).

Le nommé Pierre Pitarelli, âgé de vingt-sept ans, tisseur en toile métallique, entré le 15 août 1882, salle Saint-Ferdinand n° 11.

Cet homme se plaint d'une hydrocèle gauche remontant à l'enfance ; cette hydrocèle aurait été traitée sans succès par la ponction et même par l'incision par M. Pacchiotti.

A l'examen, on trouve à gauche une hydrocèle qui se réduit en partie dans le décubitus dorsal ; en outre, et surtout, une hernie inguinale gauche qui ne devient volumineuse que dans les

efforts prolongés; à la toux, il y a un peu d'impulsion à droite, et issue de la hernie à gauche.

Pendant la marche, la hernie devient volumineuse et très gênante.

Elle contient de l'intestin et de l'épiploon.

Après la réduction du liquide on sent des parties qu'il est possible de faire rentrer. Le testicule et l'épididyme sont assez gros et durs.

Les veines du cordon sont volumineuses.

Dans le sac vaginal, des masses molles irréductibles semblent constituer une épiplocèle volumineuse adhérente au sac.

Sur le scrotum, on voit la cicatrice linéaire de l'incision faite à Turin.

Le malade désire être opéré.

Le 22 août 1882, P... étant chloroformé, une longue incision sur le trajet du canal inguinal et sur les bourses permet d'arriver rapidement dans le sac herniaire. Celui-ci contenait fort peu de liquide, mais un épiploon très adhérent au testicule. Sous l'influence de quelques efforts, la masse épiploïque augmenta considérablement, devint énorme. M. Championnière en profita pour réséquer toute l'étendue de cet épiploon qui descendait si facilement. Trois ligatures de catgut, dont deux enchevêtrées, furent placées sur la base de cette masse épiploïque; la section fut faite et le pédicule fut réduit. La masse épiploïque destinée à être excisée fut assez difficile à détacher du testicule auquel elle était très adhérente.

M. Championnière disséqua ensuite lentement toute la partie supérieure du sac, surtout au voisinage du collet et dans le canal. Cela fut difficile, et il resta certainement des lambeaux de séreuse disséquée sur le canal déférent et l'artère spermatique que M. Championnière tenait entre ses doigts. Cette dissection ayant été conduite jusque dans l'abdomen, au point le plus élevé possible, M. Championnière fit sur le collet du sac séreux la ligature en deux parties avec deux fils enchevêtrés.

En dessous, sept points de suture cutanée superficiels et semi-profonds avec le crin de Florence; drain inférieur. Compression très attentive sur le trajet du canal inguinal.

Le drain plongeait jusque vers le testicule dans une large cavité.

Au moment de la suture, toute la surface de la plaie saignait abondamment. S. 37°,5.

Le 23. — M. 37°,8. S. 38°.

Le 24. — M. 37°,7. Premier pansement, le drain est raccourci. S. 37°,4.

Le 25. — M. 37°,6. S. 37°,3. Légère gêne de la miction, cathétérisme.

Le 26. — M. 37°,4. Deuxième pansement, on enlève cinq fils de suture, et le tube. S. 37°,6.

Le 27. — M. 36°,8. S. 37°,3.

Le 28. — M. 37°,6. Troisième pansement. Guérison. Réunion. Les trois derniers fils sont retirés. S. 37°,4.

Le 29. — 37°,6.

Le 31. — Quatrième pansement. Ouate salicylée. On sent un cordon dur le long du canal vaginal oblitéré.

3 septembre. — Pansement à la ouate salicylée.

5 septembre. — Pansement à la ouate salicylée. Plus de douleurs.

7 septembre. — Bandage inguinal double ; suspensoir.

On sent encore à droite pendant la toux l'impulsion de l'intestin; à gauche, côté opéré, on ne la sent plus.

Le cordon induré siégeant dans le canal est résistant et semble assurer la guérison.

12 septembre. — Exeat. Vingt jours de séjour à l'hôpital.

Le malade a été revu le 6 octobre. Il marche bien, sans douleur. Il porte un bandage. Aucune impulsion sur le trajet du canal.

Ce malade est revenu au commencement de l'année 1883 six mois après son opération. Il était en bon état, portait un bandage ordinaire. Il n'y avait aucune impulsion au niveau du canal occupé par la cicatrice résistante. Le patient marchait sans peine.

OBSERVATION V

HERNIE INGUINALE DROITE; ENTÉRO-ÉPIPLOCÈLE. — ACCIDENTS INFLAMMATOIRES. — HERNIE IRRÉDUCTIBLE. — OPÉRATION APRÈS VINGT-TROIS JOURS D'IRRÉDUCTIBILITÉ. — CURE RADICALE. — FIÈVRE ET ICTÈRE. — GUÉRISON. — PERSISTANCE DE LA CURE RADICALE OBSERVÉE DIX MOIS PLUS TARD (Observation par M. Lancry, interne du service).

La nommée Marie Buffeteau, journalière, âgée de trente-huit ans, entrée le 5 janvier 1885, salle Richard Wallace, n° 15; sortie le 2 mars 1885.

Bonne santé habituelle.

En 1873, à la suite d'un effort, hernie à droite, du volume d'un œuf de poule. Cette hernie rentra spontanément dans les vingt-quatre heures, et ne réapparut plus. Cependant la malade reste sujette à des douleurs dans l'aine droite, survenant après des fatigues ou une station debout trop longtemps prolongée.

Jamais de bandage. La hernie ne sortait pas habituellement.

Le 1er janvier 1885, sous l'influence d'un effort, la hernie réapparut subitement.

Le 5 janvier, on constate une hernie inguinale droite, irréductible, du volume d'une orange, occupant la région inguinale et les deux tiers supérieurs de la grande lèvre.

Tumeur dure, douloureuse, spontanément et à la pression, sans changement de coloration à la peau. La percussion indique une matité totale.

La hernie se compose d'un corps ovoïde et d'un pédicule occupant le canal inguinal et se prolongeant dans l'abdomen sous forme d'un gros cordon dans la direction de l'utérus.

L'état général est bon; pas de vomissements; pas de constipation absolue; pas de fièvre.

Le 15 janvier, quelques tentatives de réduction ont été faites : la hernie est toujours irréductible, mais un peu moins volumi-

neuse, moins douloureuse. Il n'y a du reste aucun signe d'étranglement.

23 janvier. — Opération. Chloroforme. Incision cutanée d'environ $0^{m},12$ suivant le grand axe de la tumeur.

On arrive sur le sac, qu'on ponctionne; il s'écoule une centaine de grammes d'un liquide très foncé, non fétide. Le sac est ensuite largement ouvert. Il contient, à sa partie supérieure, de l'épiploon très adhérent et de l'intestin; d'après ces adhérences il est évident que la hernie n'était jamais complètement réduite. Les adhérences sont détachées et une forte partie d'épiploon ligaturée est excisée

Le sac est disséqué assez loin, en l'entraînant par des tractions. Deux fils de catgut croisés et excision du sac. Suture profonde perdue, au catgut, sur les parties molles au-dessous du moignon du sac.

Douze sutures superficielles au crin de Florence. Drainage. Pansement antiseptique, auquel est ajouté iodoforme et pommade créosotée.

S. 37°,8. Dans la nuit, vomissements et délire tranquille.

24 janvier. — M. 37°,6. Pansement. Suppression de l'iodoforme qui paraît avoir déterminé de la fièvre et surtout du délire. S. 39°.

Le 25. — M. 39°,4. Ablation du drain et de trois fils. S. 40°.

Le 26. — M. 39°,2. Ni sucre ni albumine dans les urines. Légère douleur généralisée dans l'abdomen. S. 39°,8.

Le 27. — M. 39°,4. Pansement. Ablation de neuf points de suture; douleur vive dans l'hypochondre droit. S. 39°.

Le 28. — M. 38°,2. S. 39°,5.

Le 29. — M. 38°,3. Pansement. Disparition de la douleur de l'hypochondre. Abdomen indolore partout. S. 39°,1.

Le 30. — M. 38°. S. 38°.

Le 31. — M. 37°,8. S. 38°.

1er février. — M. 37°,5. S. 38°. Suppuration assez abondante à la partie inférieure de la plaie. Les quatre cinquièmes supérieurs sont réunis; il n'y a aucune suppuration au niveau du canal herniaire.

2 février. — Pansement. M. 37°. S. 38°,2.

3, 5, 7 février. — Température normale et pansement.

Le 9 février. — Ouate salicylée.

14 février. — Il reste à la partie inférieure de la plaie une petite surface bourgeonnante à l'endroit qui a suppuré.

23 février. — Bandage ordinaire.

25 février. — Exeat. Un mois de séjour.

La nature des accidents précédents est assez difficile à déterminer; on a pensé d'abord à une péritonite légère; le délire a été attribué à l'iodoforme. Puis au bout de peu de jours un ictère intense a suivi quelques vomissements et a été accompagné de développement d'une douleur assez vive dans l'hypochondre droit.

Il paraît s'être développé là au moins de la congestion hépatique. La malade nous a affirmé qu'à plusieurs reprises, et peu de temps auparavant, elle avait eu des crises de jaunisse avec fièvre et vomissements.

Quant à l'état local, malgré un peu de suppuration superficielle, il était excellent. Cette malade est revenue se montrer à la fin de l'année 1885. Son état était le même avec disparition parfaite de tout phénomène d'impulsion. Elle portait très mal son bandage sans sous-cuisse et très irrégulièrement.

OBSERVATION VI

HERNIE SCROTALE, INGUINALE DROITE ÉNORME CHEZ UN INDIVIDU COUVERT DE CICATRICES ET D'ULCÉRATIOMS DUES AU PORT DES BANDAGES. — HERNIE ABSOLUMENT INCOERCIBLE. — PREMIÈRE OPÉRATION SUR LA PARTIE SUPÉRIEURE DU SAC POUR LA CURE RADICALE. — DEUXIÈME OPÉRATION POUR ENLEVER TOUTE LA PARTIE INFÉRIEURE DU SAC QUI ÉTAIT RESTÉE EN PLACE LORS DE LA PREMIÈRE. — SUCCÈS COMPLET CONSTATÉ SEPT MOIS APRÈS L'OPÉRATION. — NOUVELLES AU BOUT DE UN AN (Observation par M. Lavie, interne du service).

Alphonse Picard, quarante-trois ans, boucher, salle Lisfranc, 17, entré le 18 mai 1885, sorti le 1er décembre.

A l'âge de quatorze ans, dans une chute, il fit un effort assez violent. A la suite de cet accident, une pointe de hernie inguinale se développa. La tumeur augmenta petit à petit sans donner de préoccupation au malade et sans qu'il portât de bandage. En son

métier de boucher il se livrait constamment à de violents efforts.

Depuis l'âge de vingt-huit ans, la hernie a augmenté, le malade a essayé de la contenir par un bandage, mais la tumeur a continué de grossir. Cet homme est fort et bien musclé.

État actuel. — Le malade entre à l'hôpital pour se faire soigner de nombreuses ulcérations de la cuisse et de la paroi abdominale, au niveau des deux épines iliaques, dues à la pression du bandage.

La hernie scrotale est énorme : du volume d'une tête d'adulte. A son niveau, la peau présente çà et là des veines variqueuses et des cicatrices blanchâtres, restes d'ulcérations dues au bandage.

La tumeur a envahi complètement les bourses, la verge est déjetée à gauche et effacée presque entièrement. Le testicule gauche est situé à la partie inférieure et interne de la tumeur, il est hypertrophié et un peu irrégulier.

La tumeur est molle et élastique, sonore à la pression. C'est manifestement une entéro-épiplocèle. Le pédicule en est fort large, sa circonférence est à peu près celle d'un poignet d'adulte. La hernie est facilement réductible, mais se reproduit de suite. Même lorsque quatre doigts sont introduits dans le trajet, après refoulement des viscères, il est impossible de s'opposer à leur issue; au moindre effort de toux, les intestins s'échappent autour des doigts.

Guéri de ses ulcérations, le malade accepte l'opération de la cure radicale qui est faite le 9 juillet 1885.

Incision cutanée parallèle à la direction du canal inguinal, au niveau du pédicule. Le sac découvert est fendu, et se montre adhérent par sa face interne à une partie de l'épiploon contenu, principalement dans ses parties inférieures. Ligatures au catgut placées sur l'épiploon qui est sectionné aussi haut que possible. La séreuse est disséquée soigneusement des parties qui lui adhèrent extérieurement jusqu'au niveau de l'anneau interne, assez loin dans le ventre; des tractions l'amènent facilement en bas.

Triple ligature enchevêtrée sur le collet du sac avec du catgut (Voy. fig. 5, p. 43) puis excision de la partie supérieure du sac seulement, celle qui répond au canal et à la partie supérieure du sac scrotal.

La partie inférieure du sac est laissée dans les bourses de façon

à éviter une trop grande surface traumatique. Puis, pour combler autant que possible l'énorme trou du canal inguinal dilaté, M. Championnière avive un lambeau cutané externe sur une étendue d'environ $0^{m},03$, adosse les deux feuillets de ce lambeau externe en le repliant et suture la partie avivée supérieure avec le lambeau interne qui la recouvre comme un couvercle.

Petits drains en haut de la plaie, gros drain en bas, dans la partie du sac qu'on a laissée en place.

Pansement à la poudre antiseptique, à la gaze phéniquée et à l'ouate de bois. S. 37°,8.

10 juillet. — Premier pansement. Le malade a remué et déplacé son pansement, les tubes sont raccourcis, poudre et ouate de bois. M. 37°,2. S. 38°.

Le 11. — M. 37°,8. S. 38°.

Le 12. — M. 37°,6. S. 37°,6.

Le 13. — Deuxième pansement, bon aspect de la plaie. M. 37°,4. S. 38°.

Le 14. — M. 39°. S. 38°,8. Constipation, lavement glycériné.

Le 15. — M. 37°,6. S. 38°,6. Troisième pansement, bon aspect de la plaie. La réunion se fait par première intention.

Le 16. — M. 37°,8. S. 38°.

Le 17. — M. 37°,5. S. 37°,8.

Le 18. — M. 37°,2. Quatrième pansement, les drains sont enlevés et les fils de suture coupés.

Du 19 au 22. — 37°,2, 37°,4.

Le 22. — 37°,2. Cinquième pansement, le lambeau cutané externe a cédé un peu ; son adossement s'est un peu effacé sur une petite étendue. D'ailleurs la plaie est presque fermée. S. 37°,4.

Le 23. — 37°,2, 37°,8.

Le 24. — 37°,2, 37°,6.

Le 25. — 37°,2. Sixième pansement. On constate un peu de rougeur sur les bourses et dans le pli de l'aine, avec de petites pustules : irritation due au sublimé de la ouate de bois. Le pansement est un peu modifié, pommade boriquée, sur les parties enflammées, avec poudre et ouate de bois. On applique, en outre, deux bouchons enveloppés dans une compresse au niveau de l'anneau inguinal pour maintenir la paroi abdominale.

Le 26. — 37°,2, 37°,4.

Le 27. — M. 37°,4. S. 38°.

Le 28. — M. 37°,8. Septième pansement.

La plaie est en bon état; l'inflammation a disparu. La cicatrisation est presque complète, pansement à l'acide borique.

On constate depuis une dizaine de jours de l'épanchement dans la vaginale ou plutôt dans la partie du sac restée dans les bourses. Le soir du 28, 38°.

Du 29 juillet au 5 septembre, température normale.

Le 4 août, le pansement est supprimé; spica de l'aine avec contention de la paroi abdominale, toujours avec des bouchons accouplés dans le pansement.

Le 5 septembre, nouvelle opération pour enlever la partie inférieure du sac restée dans les bourses. Le malade étant chloroformé, M. Championnière fait une incision sur les bourses, puis dissèque et excise la masse du sac dont la paroi est épaissie et contient quelques débris épiploïques adhérents.

Opération courte. Tube à drainage. S. 37°,4.

Le lendemain et surlendemain 38° le soir; les autres jours, température normale. Guérison très rapide sans suppuration. Pansements le 10 et le 14 septembre.

Application du bandage Rainal le 12 octobre. Le malade sort le 1er décembre. A la sortie, le maintien de la hernie est excellent, pas d'impulsion.

Comme on le voit, cet opéré a fait, grâce aux deux interventions successives, un long séjour au lit, séjour très favorable à la constitution de la cicatrice résistante.

L'aspect de cet opéré est fort remarquable. Les bourses sont encore un peu plus volumineuses qu'à l'état normal à cause du volume exagéré du testicule droit.

Une cicatrice épaisse, solide, que l'on peut saisir avec les doigts, occupe le trajet herniaire, et le bouchon cutané amené par autoplastie, au-devant, lui donne une sorte d'appui.

Il y a à ce niveau une agglomération de tissus remarquable. On ne sent aucune impulsion au niveau du canal inguinal.

Le bandage à très large pelote appuie sur toute la cicatrice et un sous-cuisse serré maintient cette pression.

Nous avions fait marcher le patient sans bandage et il n'en avait éprouvé aucun inconvénient.

Le malade s'est représenté dans le courant de janvier, c'est-à-dire six mois après son opération. L'état était absolument le même. Il portait soigneusement son bandage, avait de nouveau commencé à travailler, et se déclarait très satisfait.

La cicatrisation de ses ulcères, la double opération, des tâtonnements pour la confection de son bandage avaient amené pour lui un long séjour à l'hôpital, séjour qui aurait pu être facilement abrégé. Il s'y prêtait assez volontiers et nous avons pu ainsi prolonger notre surveillance et suivre les résultats de cette opération. Il nous a fait donner de ses nouvelles un an après l'opération.

OBSERVATION VII

HERNIE INGUINALE CONGÉNITALE GAUCHE. — ÉPIPLOON ADHÉRENT IRRÉDUCTIBLE, AVEC DOULEURS CONSTANTES DEVENANT VOLUMINEUX, PENDANT L'EFFORT. — EXCISION D'UNE MASSE D'ÉPIPLOON DE 135 GRAMMES. — EXTIRPATION DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU SAC. — GUÉRISON CONSTATÉE PLUS DE SIX MOIS APRÈS (Observation par M. Demelin, interne de service).

Malade adressé par le Dr Bilhaut.

Le nommé L. E., âgé de quarante-six ans, marbrier, salle Nélaton, n° 1, entré le 3 septembre 1885, sorti le 21 octobre.

Ce malade est porteur d'une hernie inguinale gauche depuis l'enfance ; peut-être, dit-il, la hernie est-elle congénitale. Le malade a porté bandage. Sa hernie est irréductible depuis quelque temps.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, on constate une hernie scrotale gauche du volume d'une orange ; la hernie est mollasse, sans inflammation, un peu douloureuse au toucher, irréductible, et mate à la percussion.

Fonctions digestives normales.

Le malade est entré dans l'intention de se faire opérer, le port

du bandage étant devenu impossible et la hernie déterminant des coliques à chaque effort.

Opération le 10 septembre 1885.

Incision cutanée de $0^{m},12$ environ. M. Championnière arrive sur le sac scrotal, l'ouvre, et le trouve rempli d'épiploon ; au niveau de l'anneau inguinal, il y a une anse intestinale. Une portion considérable d'épiploon est attirée de l'abdomen; au dehors, puis à la base de cette masse sont placés six fils de catgut : résection de la masse épiploïque qui pesait 135 grammes. Les catguts sont placés jusqu'au voisinage de l'anse intestinale, c'est-à dire le plus haut possible, et enchevêtrés deux à deux comme dans le dessin plus haut (Voy. fig. 8 et 9, p. 59 et 60).

Le sac étant vidé de son contenu épiploïque, on peut apercevoir à sa partie inférieure le testicule : le sac est bien celui de la vaginale, il s'agit donc d'une hernie congénitale. On dissocie le sac d'avec les éléments du cordon; le canal déférent appliqué étroitement sur le conduit séreux est écarté. Deux ligatures enchevêtrées sont placées au collet du sac. Dès qu'elles sont nouées, le sac est réséqué partiellement, et aussitôt, le péritoine fermé par ces ligatures et libre d'adhérences disparaît en fuyant dans le ventre.

Trois sutures au catgut sont profondément placées sur les parties molles et saignantes. Sutures de la peau au crin de Florence; un drain en bas sur le testicule, dans la vaginale un autre en haut allant jusqu'aux sutures profondes. Pulvérisation phéniquée pendant l'opération.

Pansement avec poudre, gaze phéniquée et charpie de bois. Durée de l'opération trois quarts d'heures; on a employé 160 grammes de chloroforme.

L'épiploon reséqué pèse 135 grammes.

Le soir de l'opération, 38°. Légère douleur abdominale, pas de vomissement.

Le 11 septembre au matin 37°,4. Légère douleur abdominale. S. 38°.

12 septembre. — M. 37°,3. Premier pansement; on enlève cinq ou six points de sutures; on supprime le tube supérieur. Poudre; sachets de charpie de bois; très bon état, pas de suppuration.

Le 13 et le 14. — 37° et 37°,8.

Le 15. — 37°,3. Deuxième pansement. Suppression du deuxième tube; on enlève six nouveaux points de suture. Pas de suppuration. Réunion. Poudre et charpie de bois.

Le 16. — 37°.

Le 17. — Troisième pansement. Pas de suppuration. Température normale : poudre et charpie de bois.

Du 18 au 22, température normale.

Le 22. — Quatrième pansement au lint et à la vaseline boriquée. Réunion complète.

Du 23 au 29, température normale; le 29, on change le lint et l'ouate salicylée.

Le malade sort le 21 octobre; au moment de sa sortie, on ne sent point d'impulsion sauf au-dessus d'une bride dure, inguinale, c'est-à-dire dans le ventre. Quarante et un jours de séjour.

Le patient sort portant le bandage Rainal qu'il supporte bien, qui n'est point douloureux.

Il est revenu passer le mois de mars dans le service pour un testicule soupçonné de syphilis, celui du côté opposé à la hernie. Le résultat se maintenait excellent. Le malade ne cessait de répéter combien il était soulagé depuis cette opération. Il y avait douze ans, disait-il, qu'il n'avait pas eu une heure sans douleur. Il pouvait déjà travailler et se livrer sans peine à des efforts considérables. Nouvelles toutes récentes, onze mois après l'opération.

OBSERVATION VIII

HERNIE INGUINALE ÉPIPLOÏQUE DROITE, IRRÉDUCTIBLE ET DOULOUREUSE, PAS D'ACCIDENTS D'ÉTRANGLEMENTS, MAIS PHÉNOMÈNES INFLAMMATOIRES. — CURE RADICALE. — REVU APRÈS SIX MOIS (Observation par M. Lavie, interne du service).

Joseph Belson, dix-huit ans, émailleur, entré le 23 décembre 1885, salle Nélaton n° 17, pour une hernie scrotale, douloureuse et irréductible.

La hernie a paru depuis un an à la suite d'un effort. A cette

époque Belson ressentit des douleurs pendant trois semaines; puis il lui sembla que la tumeur disparaissait. Cette première poussée ne donna lieu à aucun autre accident.

Le 19 décembre 1885, à la suite d'un effort, nouvelle réapparition de la hernie; douleurs, mais aucun accident d'obstruction. Le malade entre à l'hôpital le 23. Il est porteur d'une tumeur grosse comme un œuf, située au niveau de l'orifice inguinal externe à droite.

Tumeur allongée, mate, tendue, douloureuse, irréductible sans propulsion pendant la toux. Le testicule est situé au-dessous de la hernie et nettement séparé d'elle.

Cet état persiste, avec une légère atténuation des phénomènes inflammatoires jusqu'au jour de l'opération.

Il s'agit donc d'une hernie inguinale épiploïque irréductible, douloureuse, légèrement enflammée.

Le 31 décembre 1885, chloroforme. Incision sur le trajet du canal inguinal, descendant sur les bourses. Vaisseaux nombreux paraissant appartenir au cordon, au-devant de la tumeur : puis on arrive sur la poche arrondie qui communique avec l'abdomen par un canal étroit. La poche, ouverte, se trouve remplie d'une masse épiploïque sphérique réunie à l'épiploon dans l'abdomen par une portion allongée très étroite. Cet épiploon est très adhérent à la paroi du sac, il est ecchymotique, de teinte noirâtre; on l'isole du sac, on attire une quantité assez notable d'épiploon qui ne descendait pas dans le sac, puis après avoir fait une double ligature de catgut encheyêtrée au plus haut point accessible, M. Championnière resèque l'épiploon et réduit le moignon.

Les parois du sac sont facilement détachées; puis, on prépare la résection du sac, dont on poursuit la dissection dans le canal inguinal à l'aide du doigt et de l'ongle; des tractions abaissent la séreuse très mince au dehors; quand la séreuse résiste à l'effort, une ligature double de catgut est passée sur le point le plus élevé de cette sorte de pédicule au moyen d'une aiguille de Reverdin. Au-dessous la résection est faite.

Aussitôt après, le moignon de séreuse remonte dans le ventre entraîné par sa propre élasticité.

Deux sutures profondes de catgut sont placées tout au fond de la plaie.

Sutures superficielles de crin de Florence, gros tube de caoutchouc souple.

Pansement antiseptique avec gaze iodoformée, sachets de poudre antiseptique et gaze antiseptique, compression à l'aide d'une éponge et spica de gaze.

Le malade a quelques vomissements le jour et la nuit qui suivent l'opération, quelques douleurs abdominales : piqûres de morphine.

1er janvier. — Encore quelques vomissements, dans la matinée, douleurs abdominales un peu atténuées.

2 janvier. — Plus de vomissements ni de douleurs.

7 janvier. — Huitième jour. Premier pansement, suppression des tubes et des sutures ; réunion presque complète.

10 janvier. — Démangeaisons au niveau de la plaie. Deuxième pansement antiseptique avec pommade boriquée, les démangeaisons diminuent.

16 janvier. — Troisième pansement, réunion complète, suppression de la gaze phéniquée : pommade boriquée, lint et ouate salicylée.

18 janvier. — Même pansement.

19 janvier. — Même pansement, moins pour garantir la plaie que pour soutenir la paroi abdominale.

25 janvier. — Application d'un bandage ordinaire qui pèse beaucoup trop sur le canal et sur la cicatrice. Quelques jours plus tard un bandage Rainal est prêt et le malade muni de ce bandage part pour Vincennes. Il est revenu depuis portant son bandage et se trouvant le mieux du monde.

Chez lui, vu l'étroitesse du canal suivi par la hernie, la cicatrice est bien moins épaisse que chez les précédents, mais elle est très longue, on la sent remonter dans l'abdomen sous la forme d'un cordon dur, et ce patient présente toutes les garanties de solidité pour l'avenir. Revu en juin 1886.

OBSERVATION IX

HERNIE INGUINALE DROITE, CONGÉNITALE, VOLUMINEUSE. — ACCIDENTS D'ENGOUEMENT. — CURE RADICALE. — GUÉRISON. — OPÉRATION RÉCENTE (Observation par M. Legry, interne du service).

Émile Richier, cordonnier, vingt-quatre ans, entré le 14 avril 1886, salle Nélaton n° 10.

Le nommé Richier a remarqué, il y a douze ans, qu'il avait une hernie; il porte un bandage depuis lors. Le 14 avril, à deux heures de l'après-midi, il éprouva une douleur vive et subite dans l'aine droite et la partie correspondante de l'abdomen. En même temps apparaît la tumeur herniaire, qui augmente rapidement de volume jusqu'à trois heures.

Le malade est transporté à l'hôpital à sept heures du soir. Il a eu jusqu'alors deux vomissements alimentaires et bilieux. Il n'a pas eu de selles; il n'a rendu aucun gaz par l'anus. On constate l'existence, dans le scrotum et la région inguinale droite, d'une tumeur considérable, ayant le volume d'une grosse tête de fœtus, tumeur rénitente, irréductible et mate en certains points.

Le taxis a été tenté en ville pendant une demi-heure. Une nouvelle tentative de taxis faite le soir, à l'hôpital, avec le chloroforme, reste encore sans résultat.

Le lendemain matin, on apprend que la douleur, qui avait diminué à la suite de la chloroformisation, a reparu très vive dès minuit. Il n'y a eu dans la nuit qu'un seul vomissement. Toujours pas de selles. Sur les gaz il n'est pas très affirmatif. Toutefois la tumeur est volumineuse, très tendue, douloureuse.

Il est probable que, avec le repos et la glace, les accidents pourraient être conjurés. M. Championnière admet que ce n'est pas là un cas d'étranglement mais pense qu'il est plus sage de ne pas chercher des attermoiements et de profiter de la circonstance pour faire immédiatement une cure radicale que le patient désire beaucoup. Il pratique immédiatement l'opération.

L'opération est faite ce jour-là 14 avril le matin, vingt heures après le début des accidents.

Opération. — Incision cutanée sur la tumeur même, parallèle au canal inguinal, et répondant par son extrémité supérieure au canal. On arrive très rapidement sur le sac qui est incisé sur la sonde cannelée. On reconnaît alors que la hernie est congénitale, car le testicule est à nu à la partie inférieure du sac constitué par la vaginale. Dans ce sac est contenu un paquet volumineux d'anses intestinales présentant une coloration très rouge. L'étranglement est peu marqué, car le collet est facilement dilaté avec les doigts, et la réduction est facile après la section d'une bride fibreuse située au-dessous du collet. Une portion peu considérable d'épiploon est réséquée, après avoir été liée avec deux fils de catgut.

Le sac est coupé circulairement au-dessus du testicule et à une certaine distance de lui. Puis on dissèque la face externe de ce sac des parties voisines, et cela aussi haut que possible. Le sac ainsi libéré est fortement attiré au dehors, et son collet est lié à l'aide de deux fils de catgut entrecroisés. Puis il est coupé au-dessous de la ligature. La partie du collet située au-dessus remonte dans le ventre après avoir disparu dans le trajet inguinal. Quatre points de suture profonds sont alors jetés sur les parties molles. Les téguments sont suturés avec du crin de Florence. On place un gros tube qui plonge jusque dans la partie de la vaginale qui n'a pas été excisée et qui recouvre le testicule.

Pansement avec gaze iodoformée, poudre, sachets, éponge. Compresses pliées en huit et placées sur l'arcade crurale de façon à exercer de la compression sur le canal inguinal.

On a donné 80 grammes de chloroforme. L'opération a duré une heure.

17 avril. — Premier pansement. Un peu de sérosité seulement à la surface de la plaie. On retire quelques fils à suture. On change le tube et on en met un plus petit. Même pansement que le jour de l'opération.

20 avril. — Deuxième pansement. Même état de la plaie. Même pansement. On met encore un tube plus petit.

23 avril. — Troisième pansement. On coupe le reste des fils; le tube est supprimé. Même pansement.

27 avril. — Quatrième pansement. La moitié supérieure de la plaie est un peu désunie : il y a un tout superficiel écartement léger entre les lèvres de la plaie.

Pansement avec vaseline boriquée et sachets.

30 avril. — Cinquième pansement. On constate un sphacèle superficiel de la portion désunie. La couche sphacélée, d'ailleurs extrêmement mince, est excisée. Même pansement : mais une compression un peu moins forte est exercée sur le canal inguinal.

2 mai. — Sixième pansement. Bon aspect de la plaie qui désormais se répare régulièrement et sans autre incident.

Dès la fin de mai, il est facile de constater chez cet opéré les mêmes phénomènes que chez les précédents, la présence d'une masse cicatricielle remplaçant le trajet de la hernie, et assurant le maintien de la cure radicale. Il n'y a aucune témérité à affirmer que les conditions sont les mêmes que pour les opérés précédents ; la guérison est assurée dans ce cas comme dans la plupart des autres, aucun accident n'a traversé la cure.

Le patient est sorti le 5 juin muni d'un bandage Rainal et même est venu se montrer depuis.

OBSERVATION X

CURE RADICALE DE HERNIE NON ÉTRANGLÉE

Le nommé Frédéric Fickle, âgé de vingt-six ans, garçon d'écurie entré le 3 mai 1886, salle Lisfranc, n° 11, hôpital Tenon, service de M. Championnière.

Cet homme se présente à nous pour une large plaie contuse de la région externe de la cuisse gauche, plaie produite par une morsure de cheval.

Quelques jours après son entrée il fait observer qu'il porte dans l'aine droite une tumeur peu volumineuse pour laquelle il demande qu'on lui fasse un bandage qu'il puisse endurer et qui le guérisse. Ce n'est que depuis deux ans que Fickle a remarqué la présence de cette grosseur qui augmente de volume par

moment, en même temps qu'elle devient douloureuse. Jamais elle n'a occasionné d'autre accident : mais aucun bandage ne peut être supporté.

A la partie supérieure des bourses du côté droit, on constate la présence d'une tumeur d'un volume équivalent à celui d'un œuf de poule, mollasse et ne pouvant être réduite dans l'abdomen. Le doigt pénètre dans l'anneau inguinal, et pendant les efforts de toux, il se fait une impulsion très nette.

En présence de ces symptômes, on porte le diagnostic d'entéro-épiplocèle avec irréductibilité d'une masse épiploïque.

Dans ces conditions, l'application d'un bandage est difficile, douloureuse, inefficace. M. Championnière propose au patient de profiter du temps où sa blessure va l'immobiliser au lit, pour subir une cure radicale que l'irréductibilité indique. Fickle sera désormais à l'abri des accidents, on mettra un bandage qui sera facilement supporté, et il est bien probable, la hernie étant peu volumineuse et la paroi abdominale solide, que dans l'avenir il pourra bien arriver à supprimer le bandage. L'opération de cure radicale proposée au malade est pratiquée le 27 mai.

M. Championnière fait une incision parallèle au canal inguinal, sur son trajet et jusqu'à la racine des bourses. Il arrive sur le sac sans grande difficulté, mais l'adhérence de ce sac aux parties molles voisines est extraordinaire. Au milieu de ces parties fusionnées ensemble et en avant, se trouve le canal déférent qui est isolé très laborieusement.

L'épiploon contenu dans le sac est tiré en bas, puis lié avec deux ligatures en chaîne ; une anse intestinale a été réduite tout au début de l'opération. Une partie de la dissection du sac doit être terminée avec les ciseaux jusque dans le canal. La séreuse est assez isolée pour que des tractions méthodiques l'abaissent : ce temps est encore laborieux. Une double ligature en chaîne au catgut est placée, puis la section est faite au-dessous et le pédicule lié accomplit son mouvement de retrait dans la cavité abdominale.

L'adhérence du sac au tissu cellulaire est telle que la partie inférieure, dont la destruction importe peu, est laissée en place, et que la cavité ainsi formée sera drainée. Deux points de suture perdus sur les parties molles profondes, sutures de la peau aux

crins de Florence. Un gros tube est placé à la partie inférieure de l'incision.

L'opération a duré deux heures. Le chloroforme, de très mauvaise qualité, a été la cause de vomissements qui se sont produits dans la journée. Le soir 37°,7.

Le 28 mai au matin 37°,5. L'écoulement a été assez abondant pour traverser le pansement : on le change ; le tube est remplacé par un autre de calibre plus petit. Soir 36°,9.

Le 29. — 37°,3, 37°,2.

Le 30. — 37°,3, 37°,2.

Le 31. — Deuxième pansement, pas la moindre suppuration. Le tube est enlevé, on ne laisse que deux points de suture. 37°,2, 37°,2.

1er juin. — 36°,7, 37°,1.

2 juin. — 37°,2, 37°,4.

3 juin. — 37°,1, 36°,8.

4 juin. — 37°, 36°,7.

5 juin. — Troisième pansement. Les deux fils qui restaient sont enlevés. 37°, 37°.

6 juin. — 36°,8, 36°,8.

7 juin. — 37°, 36°,8.

8 juin. — 36°,6, 37°.

9 juin. — 36°,7, 37°,2.

10 juin. — 37°,8, 37°,2.

11 juin. — 36°,8, 37°,2.

12 juin. — Quatrième pansement. Lint et vaseline boriquée; il ne reste plus qu'une toute petite plaie insignifiante. 36°,8, 37°.

13 juin. — 36°,6, 37°,2.

14 juin. — 36°,8, 37°.

15 juin. — 36°,6, 36°,8.

16 juin. — 36°,8, 37°.

17 juin. — 36°,8, 37°,2.

18 juin. — 37°, 36°,9.

19 juin. — 37°, 37°,2.

20 juin. — 36°,9, 37°,3.

21 juin. — 37°,2, 36°,8.

22 juin. — 37°, 37°.

Le 27 juin, départ du malade porteur d'un bandage spécial.

Durant toute cette période, l'état général a toujours été excellent. Le jour du départ, on constate, dans toute l'étendue du trajet inguinal, une masse dure, dessinant exactement ce trajet.

Pendant ce mois consacré à la cure radicale, la morsure de cheval est guérie. Encore, au moment du départ, y avait-il une petite plaie ; de telle sorte que la cure radicale a demandé moins de temps et d'immobilisation que l'accident indépendant pour lequel le malade était entré.

Ce cas est très remarquable par les difficultés éprouvées d'une façon tout à fait imprévue. La hernie étant petite et peu ancienne, on ne devait pas les attendre ; cependant elles étaient telles que M. Championnière estime qu'un opérateur peu habitué aurait couru grand risque au moins de blesser le canal déférent, et pense que s'il avait rencontré au début de ses opérations de semblables difficultés, il aurait probablement fait une opération très imparfaite.

Malgré les difficultés d'une opération qui a duré près de deux heures, les suites ont été des plus simples.

Quant au résultat final, il est absolument identique aux précédents, et le maintien de la cure doit se faire dans les conditions les plus favorables.

NOMS	AGE	DATE de L'OPÉRATION	CAUSES DE L'OPÉRATION	NATURE DE LA HERNIE
I. PITIÉ (Philippe)...	21 ans.	16 juin 1881.	Incoercibilité. Douleur.	Hernie inguinale gauche avec épanchement liquide. Varicocèle.
II. BERTIN (Maria).....	30 ans.	5 juil. 1881.	Gêne et douleurs dues à l'énorme tumeur incoercible formée par la hernie.	Hernie inguinale droite énorme.
III. ANTONIA (Lambert).	32 ans.	1er sept. 1881.	Douleur et irréductibilité. Port du bandage impossible.	Hernie crurale gauche.
IV. PITARELLI (Pierre).	27 ans.	22 août 1882.	Incoercibilité, puis irréductibilité.	Entéro-épiplocèle inguinale gauche, congénitale avec hydrocèle.
V. BUFFETEAU (Maria).	38 ans.	23 janv. 1885.	Irréductibilité datant de 23 jours.	Entéro-épiplocèle inguinale droite.
VI. PICARD (Alphonse).	43 ans.	9 juil. 1885.	Infirmité due à un volume énorme de la hernie qui est réductible mais incoercible.	Hernie scrotale droite énorme, incoercible.
VII. LACAZE (E).....	46 ans.	10 sept. 1885.	Douleur. Irréductibilité. Port du bandage impossible.	Hernie inguinale gauche congénitale, irréductible déterminant des coliques constantes.
VIII. BELSON (Joseph).	18 ans.	31 déc. 1885.	Douleur. Irréductibilité. Légère inflammation.	Hernie inguinale épiploïque droite, irréductible et douloureuse.
IX. RICHIER (Emile)..	24 ans.	14 avril 1886.	Engouement.	Hernie inguinale droite congénitale, volumineuse, engouée.
X. FICKLE (Frédéric)..	26 ans.	27 mai 1886.	Irréductibilité. Douleur.	Hernie inguinale droite irréductible.

HERNIES NON ÉTRANGLÉES.

DATE A LAQUELLE LE MALADE A ÉTÉ REVU	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
Sept. 1882. 12 juin 1883. 15 mai 1886.	Guérison. Le maintien de la cure est complet. Légère impulsion *au-dessus* de la cicatrice, mais aucune tendance à la sortie de la hernie.	Même aspect le 15 mai 1886.
1882-1885. 18 mai 1886.	Cure parfaite sans impulsion. Cicatrice semblant plonger dans le canal inguinal. Guérison observée cinq ans après l'opération.	Énorme hernie descendant jusqu'au genou. Résection d'un très grand sac cutané, puis d'un sac séreux. Autoplastie. 31 points de suture superficiel.
Plusieurs fois, la dernière en 1886.	Persistance de la cure pendant six mois, puis récidive à la suite d'une bronchite très intense compliquant une grossesse. La hernie nouvelle est réductible, indolore, et bien contenue par un bandage.	Opération incomplète, à cause de l'adhérence de l'intestin au sac péritonéal.
6 oct. 1882-1883.	Persistance de la cure radicale observée au bout de six mois. Pas d'impulsion.	Résection d'une énorme masse d'épiploon. Port du bandage assez irrégulier.
Décembre 1885.	Persistance de la cure radicale observée dix mois après l'opération.	Fièvre et ictère après l'opération. Guérison. Port du bandage très irrégulier.
Janvier 1886.	Succès complet constaté sept mois après l'opération. Nouvelles après un an.	1° Opération sur la partie supérieure du sac pour la cure radicale. 2° Opération pour enlever la partie inférieure du sac restée en place lors de la première.
Dix mois après l'opération.	Guérison parfaite. Cure radicale constatée dix mois après l'opération.	Excision de 135 grammes d'épiploon.
Dix mois après l'opération (juin 1886).	Guérison parfaite, pas d'impulsion. Cure constatée six mois après l'opération.	
Quatre mois.	Guérison constatée quand le malade est revenu se faire voir.	Le malade porte bien son bandage.
Deux mois.	Guérison. Canal comblé par un tissu de cicatrice solide.	Opération longue et laborieuse à cause des adhérences du sac aux tissus voisins.

TABLE DES FIGURES

FIGURE. 1. — Aiguille de Reverdin droite..... 41
— 2. — Aiguille de Reverdin courbe..... 41
— 3. — Aiguille mousse du Dr Championnière..... 41
— 4. — Sac herniaire avec ligature double 42
— 5. — Sac herniaire avec trois ligatures en chaîne..... 43
— 6. — Sac herniaire avec cinq ligatures en chaine..... 44
— 7. — Épiploon avec deux ligatures en chaine..... 58
— 8. — Épiploon avec six fils en trois séries..... 59
— 9. — Ligatures avec six fils après que ceux-ci ont été serrés.. 60
— 10. — Tubes en caoutchouc durci de dimensions variées..... 66
— 11. — Pulvérisateur du Dr Championnière..... 71
— 12. — Bandage à pelotte large..... 86
— 13. — Pelotte vue dans les deux sens..... 87

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos v

I. — Exposé de la question. — La cure radicale mérite d'être faite. — Objections 1

II. — Les dangers de la cure radicale. — Ils n'existent pas réellement. — Asepticité des plaies, condition première de la sécurité des opérations 7

III. — Efficacité de la cure radicale 13

IV. — Indications opératoires. — Quels cas sont propres à l'opération. — Conditions dans lesquelles elle doit être faite et conditions dans lesquelles elle peut être faite 19

V. — Choix d'une opération. — Méthode à suivre 27

VI. — Destruction de la séreuse des hernies. — Extirpation du sac, partielle ou totale 32

VII. — Surfaces cruentées réunies. — Point d'appui de la hernie 46

VIII. — Placement des sutures. — Instruments et matériaux 53

IX. — Traitement de l'épiploon. — Traitement du testicule 56

X. — Drainage 65

XI. — Pansement et antisepsie 68

XII. — Caractères anatomiques de la cure radicale. — Examen des opérés. — Preuves et résultats de la cure radicale 77

XIII. — Bandage 83

XIV. — Résumé de l'opération, manuel et guide. — Opérations spéciales, inguinale, crurale, ombilicale 88

XV. — Conclusions. — Indications de l'opération..... 90
XVI. — Cure radicale dans l'opération de la hernie étranglée..... 92
Observation I..... 95
— II..... 98
— III..... 101
— IV..... 102
— V..... 105
— VI..... 107
— VII..... 111
— VIII..... 113
— IX..... 116
— X..... 118
Tableau résumé des observations..... 122

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

Bourloton. — Imprimeries réunies, B, rue Mignon, 2.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE